



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit
demenzkranken Patienten im Akutspital im Vergleich zur
Situation auf einer Demenzstation

—

Betrachtung des Belastungserlebens, des konzeptuellen Hintergrundes
der Pflege und der Berücksichtigung der Autonomie des Patienten

Verfasserin

Maria Hrcir

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao.Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Zu Beginn fast jeder Diplomarbeit steht eine Danksagung - meist geschrieben, wenn man als VerfasserIn die Arbeit endlich beendet hat. Wohl deshalb habe ich diesen Moment so sehr herbei geseht! Nicht nur einmal habe ich mir vorgestellt, was ich schreiben und wen ich erwähnen würde... jetzt ist es soweit...

Ich möchte mich bei meiner Kollegin Birgit O'Sheedy bedanken, mit deren Kooperation diese Arbeit entstanden ist. Danke für deine Ausdauer, dein Wissen und die tolle Zusammenarbeit!

Bedanken möchte ich mich auch bei Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und den Studienassistentinnen Elisabeth Zeilinger und Mag. Barbara Brehmer für die Betreuung meiner Diplomarbeit.

Ebenfalls richtet sich mein Dank an alle Institutionen, die die Durchführung dieser Untersuchung gestattet haben, und an alle Pflegepersonen, die den Fragebogen ausgefüllt haben.

Ein besonderes Dankeschön gilt meinen Freunden, meinen Eltern und meinen drei großen Brüdern, die immer Anteil und Interesse an meiner Arbeit gezeigt haben, mich unterstützt haben – und was wohl am wichtigsten war – immer an mich und ein mögliches Ende meines Studiums geglaubt haben.

Erwähnen möchte ich auch alle meine lieben KollegInnen auf der Station Wilczek Parterre im Rudolfinerhaus, deren Kollegialität und Rücksichtnahme es für mich überhaupt erst möglich gemacht haben, neben der Arbeit ein Studium zu beenden. Danke auch an all jene KollegInnen, die mich mit ihrem Wissen, ihrer Erfahrung und ihrer Professionalität unterstützt haben.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei all den demenzkranken Patienten bedanken, die ich im Laufe meines Berufslebens bereits betreut habe. Viele einzigartige Begegnungen, schöne, aber auch sehr herausfordernde Situationen werden mir wohl immer in Erinnerung bleiben. Diese Patienten sind es, die mein Interesse an der Thematik erst entstehen haben lassen und diese Arbeit somit entscheidend geprägt haben.

Danke

Heimisch

Hallo

schallt es durch das Treppenhaus.

Hier geht es rein, da geht es raus.

Die Treppe rauf und runter.

Weiter geht's den Gang entlang
mit den vielen Türen.

Hier geht es rein, da geht es raus.

Hallo

schallt es durch das Treppenhaus.

Wer kann mich ein Stück führen?

(Walter Wittkämper)

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	3
1 EINLEITUNG	13
2 ÜBERBLICK	17
3 DEMENZERKRANKUNGEN	19
3.1 SYMPTOMATIK UND VERHALTENSANFÄLLIGKEITEN	19
3.2 KLINISCHE ERSCHEINUNGSBILDER DER DEMENZERKRANKUNG	20
3.2.1 DEMENZ VOM ALZHEIMER'SCHEN TYP (DAT)	21
3.2.2 VASKULÄRE DEMENZ	22
3.2.3 SELTENERE DEMENZERKRANKUNGEN	24
3.3 BEHANDLUNG VON DEMENZKRANKEN PATIENTEN	24
3.4 BESONDERE ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSSITUATION (UMFELD UND ZEITAUFWAND) UND DEREN AUSWIRKUNGEN AUF DIE BETREUUNGSFORM	27
3.4.1 BESONDERE BEDÜRFNISSE DES DEMENZKRANKEN MENSCHEN	27
3.4.2 ZEITAUFWAND FÜR DEN DEMENZKRANKEN PATIENTEN	29
3.4.3 MÖGLICHE BETREUUNGSFORMEN FÜR DEMENZKRANKE PATIENTEN	30
3.5 BETREUUNG VON DEMENZKRANKEN PATIENTEN AUF DEMENZSTATIONEN („SPECIAL CARE UNITS“)	32
3.5.1 DAS INTERDISZIPLINÄRE-4-PFEILER-KONZEPT (GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD)	33
3.5.2 DIE EDEN-ALTERNATIVE (SENECURA SOZIALZENTRUM GRAFENWÖRTH)	35
4 STRESS UND BELASTUNG	38
4.1 ALLGEMEINE THEORIEN ZU STRESS UND BELASTUNG AM ARBEITSPLATZ	38
4.2 STRESS IM PFLEGEGERUF	44
4.3 DAS BELASTUNGSERLEBEN VON PFLEGEPERSONEN IM UMGANG MIT DEMENZKRANKEN PATIENTEN	47

5 PFLEGEKONZEPTE **51**

5.1 PERSONENZENTRIERTE ANSÄTZE IM UMGANG MIT AN DEMENZ ERKRANKTEN MENSCHEN	51
5.1.1 DER ANSATZ VON TOM KITWOOD UND DIE DEMENTIA CARE MAPPING METHODE	51
5.1.2 DER ANSATZ VON NAOMI FEIL – VALIDATION	55
5.1.3 DER ANSATZ VON ERWIN BÖHM – DAS PSYCHOBIOGRAPHISCHE PFLEGEMODELL	58
5.1.4 DAS MÄEUTISCHE PFLEGEKONZEPT	60
5.2 KOGNITIVE BEHANDLUNGSANSÄTZE	61
5.2.1 DAS REALITÄTS-ORIENTIERUNGS-TRAINING (ROT)	61
5.2.2 DIE REMINISZENZ- ODER ERINNERUNGSTHERAPIE	63
5.3 UMSETZUNG DER KONZEPTE IN DER PRAXIS	64

6 DAS PROBLEMFELD „AUTONOMIE DES DEMENZKRANKEN PATIENTEN“ **65**

6.1 ALLGEMEINE EINFÜHRUNG IN DIE ETHISCHEN PROBLEME DER DEMENZ	65
6.2 DER BEGRIFF AUTONOMIE	66
6.3 DIE BEDEUTUNG DES KONSTRUKTES AUTONOMIE FÜR DIE PFLEGE	68
6.4 DIE NOTWENDIGKEIT DER ANPASSUNG DES AUTONOMIEBEGRIFFS IM UMGANG MIT DEMENZKRANKEN PATIENTEN	69
6.5 FESTLEGUNG DES AUTONOMIEVERSTÄNDNISSES IN BERUFSETHIK - KODIZES UND PFLEGELEITBILDERN	71

7 DER DEMENZKRANKE MENSCH IM AKUTSPITAL – BELASTUNG FÜR PATIENT UND PFLEGEPERSON **73**

7.1 DIE DEMENZFEINDLICHE UMGEBUNG DES AKUTSPITALS	73
7.2 BEDEUTUNG EINES KRANKENHAUSAUFENTHALTS FÜR DEN DEMENZKRANKEN PATIENTEN	74
7.3 PROBLEME IM UMGANG MIT DEN PATIENTEN UND BELASTUNGEN FÜR DIE BETREUENDEN PERSONEN	75
7.4 MÖGLICHKEITEN ZUR VERBESSERUNG DER KRANKENHAUSVERSORGUNG DEMENZKRANKER MENSCHEN	77

8 DARSTELLUNG VON UNTERSUCHUNGSANSATZ UND METHODE **81**

8.1	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	81
8.2	BESCHREIBUNG DES ERHEBUNGSINSTRUMENTS – DER FRAGEBOGEN	86
8.2.1	EINLEITUNGSSCHREIBEN	87
8.2.2	SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	87
8.2.3	ERFAHRUNG UND WISSENSSTAND	88
8.2.4	ERGÄNZENDE INFORMATIONEN	88
8.2.5	FALLBEISPIEL (PUNKT 8)	90
8.2.6	ZEITAUFWAND FÜR DEN DEMENZKRANKEN PATIENTEN	90
8.2.7	AUTONOMIE DES DEMENZKRANKEN PATIENTEN	90
8.2.8	KONZEPTUELLER HINTERGRUND DER PFLEGE	92
8.2.9	BELASTUNGSERLEBEN: MODIFIED NURSING CARE ASSESSMENT SCALE (M-NCAS)	93
8.3	ABLAUF DER UNTERSUCHUNG	97
8.3.1	ZEITLICHER UND ORGANISATORISCHER ABLAUF DER UNTERSUCHUNG	97
8.3.2	STICHPROBE	99
8.3.3	FRAGEBOGENRÜCKLAUF	100
8.3.4	AUFTRETENDE PROBLEME UND DER UMGANG DAMIT	102
8.3.5	BEACHTUNG VON GÜTEKRITERIEN UND ETHISCHEN ASPEKTEN	103
8.4	STATISTISCHE AUSWERTUNG	107
8.4.1	DATENVERARBEITUNG	107
8.4.2	AUSWERTUNGSMETHODEN	112

9 ERGEBNISSE **115**

9.1	ÜBERPRÜFUNG DES UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTS	115
9.1.1	ÜBERPRÜFUNG DER SKALA „AUTONOMIE“	115
9.1.2	ÜBERPRÜFUNG DER SKALA „PFLEGEKONZEPTE“	117
9.1.3	ÜBERPRÜFUNG DER SKALA „BELASTUNGSERLEBEN“ (MNCAS)	117
9.1.4	ZUSAMMENFASSUNG DER FRAGEBOGENÜBERPRÜFUNG	125

9.2	DESKRIPTIVSTATISTIK	125
9.2.1	SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	126
9.2.2	ERFAHRUNG UND WISSENSSTAND	127
9.2.3	ERGÄNZENDE INFORMATIONEN	129
9.2.4	ZEITAUFWAND FÜR DEN DEMENZKRANKEN PATIENTEN	134
9.2.5	AUTONOMIE DES DEMENZKRANKEN PATIENTEN	136
9.2.6	KONZEPTUELLER HINTERGRUND DER PFLEGE	140
9.2.7	BELASTUNGSERLEBEN (M-NCAS)	141
9.3	HYPOTHESENTESTUNG	143
9.3.1	ERGEBNISSE ZUM BELASTUNGSERLEBEN DER PFLEGEPERSONEN	143
9.3.2	ERGEBNISSE ZUM KONZEPTUELLEN HINTERGRUND DER PFLEGE	147
9.3.3	ERGEBNISSE ZUM KONSTRUKT AUTONOMIE DES DEMENZKRANKEN PATIENTEN	149
9.3.4	ERGEBNISSE ZUM ZEITAUFWAND FÜR DEN DEMENZKRANKEN PATIENTEN	150
9.3.5	ERGEBNISSE ZU ERFAHRUNG, WISSENSSTAND UND FORTBILDUNGSBEDARF	153
9.3.6	ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN KONSTRUKTEN BELASTUNGSERLEBEN, AUTONOMIE UND KONZEPTUELLER HINTERGRUND	156
10	DISKUSSION	163
10.1	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	163
10.1.1	FRAGEBOGENÜBERPRÜFUNG	163
10.1.2	BELASTUNGSERLEBEN DER PFLEGEPERSONEN	166
10.1.3	KONZEPTUELLER HINTERGRUND DER PFLEGE	168
10.1.4	EINSTELLUNG ZUR AUTONOMIE DES PATIENTEN UND UMSETZBARKEIT IM PFLEGEALLTAG	169
10.1.5	ZEITAUFWAND FÜR DEN DEMENZKRANKEN PATIENTEN	170
10.1.6	ERFAHRUNG, WISSENSSTAND UND FORTBILDUNGSBEDARF	171
10.1.7	BESTEHENDE ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN KONSTRUKTEN	172
10.1.8	SONSTIGE ERGEBNISSE	174
10.1.9	GRAPHISCHE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	177
10.2	GRENZEN DER STUDIE UND KRITIK	179
10.3	KONKLUSION UND AUSBLICK	180

<u>11</u>	<u>ABSTRACT</u>	<u>183</u>
<u>12</u>	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>187</u>
<u>13</u>	<u>TABELLENVERZEICHNIS</u>	<u>189</u>
<u>14</u>	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>193</u>
<u>15</u>	<u>ANHANG</u>	<u>201</u>
	ANHANG A UNTERSUCHUNGSINSTRUMENT - FRAGEBOGEN	201
	ANHANG B BEGLEITSCHREIBEN	212
	ANHANG C DESKRIPTIVSTATISTIK – ITEMS DER MNCAS	213
	<u>LEBENS LAUF</u>	<u>217</u>
	<u>ORIGINALITÄT SERKLÄRUNG</u>	<u>219</u>

1 Einleitung

Das Thema Pflege und Betreuung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, ist heute so aktuell wie noch nie. Derzeit sind in Österreich etwa 100 000 Menschen von einer Demenzerkrankung betroffen. Aufgrund der zunehmenden Prävalenz dieser Krankheit mit steigendem Alter wird sich diese Zahl Schätzungen zufolge bis zum Jahr 2050 auf ungefähr 250 000 erhöhen (Wancata, Musalek, Alexandrowicz & Krautgartner, 2003, nach Lehrner, Bodner, Dal-Bianco & Schmidt, 2006).

Schon jetzt zeigt sich ein immer größer werdender Bedarf an Pflege- und Betreuungsplätzen. Auch in den Spitälern steigt mit zunehmender Altersverschiebung nach oben hin der Prozentsatz an demenzkranken Patienten. Um den Betroffenen eine adäquate und ihren Bedürfnissen gerechte Pflege zu ermöglichen, ist es daher vor allem auch wichtig, sich mit der Berufsgruppe näher zu beschäftigen, die sich um das Wohl dieser Menschen kümmert. Erst seit einigen Jahren wird dem Pflegepersonal, welches die demenzkranken Patienten betreut, vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Fragen wie „Wie groß ist die Belastung für das Personal im Umgang mit dieser Patientengruppe?“, „Gibt es Möglichkeiten, die oft herausfordernde Pflege von Erkrankten für beide Seiten angenehmer und vielleicht auch würdevoller zu gestalten?“, „Welche Rolle spielt die Anwendung von Pflegekonzepten?“, „Inwieweit kann man ethische Richtlinien und Grundrechte des Betroffenen im Pflegealltag berücksichtigen?“ sind nur einige Beispiele, die immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Diese Überlegungen als Grundlage und motiviert durch einen sehr persönlichen Zugang ist die Idee für eine Diplomarbeit entstanden, die sich genau mit diesen Fragen auseinandersetzen möchte. Selbst seit acht Jahren als diplomierte Pflegeperson in einem Krankenhaus tätig, bin ich in meinem Berufsalltag immer wieder mit den Belastungen konfrontiert, die ein demenzkranker Patient auf einer Station mit sich bringen kann. Auch ich kenne nur zu gut das Gefühl von Überforderung und Ratlosigkeit im Kontakt mit diesen Patienten. Diese Gefühle sowie Beobachtungen, die ich bei KollegInnen gemacht habe und vor allem die Erkenntnis, was es eigentlich für einen demenzkranken Menschen bedeuten muss, in einem Spital zu liegen, haben mich bewogen, mich näher mit dieser Thematik zu beschäftigen. Was ist es eigentlich, was den Umgang mit den demenzkranken Patienten so schwierig gestaltet? Wodurch entstehen die Belastungen? Und vor allem wo kann und muss man ansetzen, um eine Verbesserung zu erreichen?

Ein ähnliches Interesse meiner Kollegin Birgit O'Sheedy an diesem Thema hatte eine Kooperation zur Folge, in der die theoretischen Grundlagen und ein geeignetes Messinstrument erarbeitet wurden. Außerdem wurden die Datenerhebung, die Dateneingabe und das Erstellen eines Auswertungskonzeptes gemeinsam durchgeführt. Aufgrund unterschiedlicher Interessenschwerpunkte beschäftigte ich mich mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen im Akutspital, während sich Birgit O'Sheedy mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen in der Langzeitpflege auseinandersetzte. In beiden Arbeiten wurden als Vergleichsgruppe Pflegepersonen herangezogen, die auf einer Demenzstation arbeiten. Die empirische Auswertung und Interpretation erfolgte den Daten entsprechend getrennt.

Die Wichtigkeit dieses Themas zeigte sich bereits im Vorfeld der empirischen Untersuchung. Schon die Literaturrecherche legte dar, dass es bis jetzt noch eher wenig konkrete, systematische Forschung zu diesem Thema gibt. Während es bereits einige Studien zu Stress von Angehörigen, die einen Demenzkranken pflegen, gibt, beschäftigen sich nur sehr wenige mit den Stressoren, denen Pflegepersonen in ihrem täglichen Umgang mit demenzkranken Patienten ausgesetzt sind (Mackenzie & Peragine, 2003; McCarty & Drebing, 2003; nach Zimmermann et al., 2005). Die bestehenden Studien stammen zudem in erster Linie aus dem nordischen und englischsprachigen Raum. Dies mag unter anderem daran liegen, dass dieses Thema in erster Linie ein Anliegen der Pflegewissenschaften zu sein scheint, die in den deutschsprachigen Ländern noch nicht den Stellenwert zu haben scheinen wie zum Beispiel in Nordeuropa.

Systematische Studien zum Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten liegen nur für den Langzeitpflegebereich vor. Sie beschäftigen sich vor allem mit dem Einfluss individueller Variablen der Pflegeperson auf das Belastungserleben sowie mit der Wirksamkeit von Fortbildungsprogrammen (Bauer Alfredson & Annerstedt, 1994, Zimmermann et al., 2005). Mit der „Strain in Nursing Care Assessment Scale“ (Brodaty, Draper & Low, 2003, Hallberg & Norberg, 1993, Hallberg & Norberg, 1995) wurde versucht, die Belastungen durch demenzspezifische Verhaltensweisen zu konkretisieren. Normann, Asplund und Norberg (1999) untersuchten Zusammenhänge zwischen Variablen der Pflegepersonen und den von ihnen verwendeten Pflegekonzepten.

Untersuchungen zur Problematik des demenzkranken Patienten im Akutspital beschäftigen sich hauptsächlich mit der belastenden Situation für den Patienten und den Hintergründen für eine Überforderung des Personals (Kirchen-Peters, 2005, Kleina & Wingenfeld, 2007), aber weniger mit den konkreten Belastungen, denen die Pflegepersonen ausgesetzt sind.

Ziel dieser Diplomarbeit soll es daher sein, sich ausführlicher mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit Demenzkranken im Akutspital auseinanderzusetzen. Im Detail sollen dazu Einstellungen zu bzw. Belastungen durch demenzspezifische Verhaltensweisen, die Bedeutung der Autonomie des Patienten, zugrundeliegende Pflegekonzepte, der Zeitaufwand für einen demenzkranken Patienten sowie Wissensstand und Fortbildungsbedarf des Pflegepersonals erhoben werden.

Personenbezogene Formulierungen werden in dieser Arbeit zugunsten der Lesevereinfachung nur in ihrer maskulinen Form wiedergegeben, sind jedoch geschlechtsneutral zu verstehen.

Statt Krankenschwester und Krankenpfleger wird die neutrale Bezeichnung Pflegeperson Anwendung finden. Diese wird für diplomiertes Pflegepersonal gleichsam wie für Pflegehelfer stehen, außer es wird dezidiert eine Unterscheidung diesbezüglich getroffen.

Zum Abschluss noch ein Punkt, der mir persönlich sehr erwähnenswert scheint: Die Schwerpunktsetzung dieser Diplomarbeit auf Belastung und Stress soll keinesfalls den Eindruck erwecken, dass die Arbeit mit Demenzkranken nur aus negativen Aspekten besteht. Aufgrund eigener Erfahrungen bin ich mir der schönen und bereichernden Momente durchaus bewusst, die der Umgang mit diesen Menschen auch mit sich bringen kann. Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit soll es daher sein, einen Beitrag zur Verbesserung der Situation nicht nur der Pflegepersonen, sondern auch der demenzkranken Patienten zu leisten. Ich schließe mich hier einer Aussage von Zimmermann et al. (2005) an: „ . . . understanding the correlates of worker attitudes and well-being offers an opportunity to improve not only the situation of the workers but also that of the residents for whom they care.” (S.104).

THEORETISCHER TEIL

2 Überblick

Um sich mit der Frage nach den Belastungen, denen Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten ausgesetzt sind, näher beschäftigen zu können, ist es wichtig, sich zunächst mit der Demenzerkrankung an sich und ihren Folgen auseinanderzusetzen. Im ersten Abschnitt des Theorieteils geht es daher um die Krankheit Demenz, ihre Symptome und Erscheinungsbilder. Es wird auf Elemente der Behandlung Demenzkranker - mit dem Schwerpunkt auf nicht-medikamentösen Behandlungsformen - eingegangen sowie auf die Auswirkungen der besonderen Bedürfnisse der Betroffenen auf ihr Umfeld und die Betreuungssituation. Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Versorgung werden aufgezeigt und spezialisierte Einrichtungen – auch anhand von konkreten Beispielen – näher vorgestellt.

Der zweite Abschnitt widmet sich dem Thema Stress und Belastung. Allgemeine theoretische Hintergründe zeigen, warum es so wichtig ist, sich mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen zu beschäftigen. Die Beschreibungen von Stressursachen und –folgen, von das Stresserleben beeinflussenden Faktoren sowie von möglichen Strategien zur Stressbewältigung zeigen die praktische Relevanz dieses Themas und werden auf den Pflegeberuf bezogen noch weiter konkretisiert. Verhaltensauffälligkeiten und Besonderheiten des demenzkranken Menschen zeigen das Potential noch zusätzlicher Belastungen für die betreuenden Personen.

Der Umgang mit demenzkranken Patienten wird stark durch der Pflege zugrundeliegende Konzepte beeinflusst. Diesen konzeptuellen Hintergründen widmet sich der dritte Abschnitt des Theorieteils. Es wird ein Überblick über die derzeit am häufigsten verwendeten Pflegekonzepte, ihre Unterschiede und Methoden sowie ihre Umsetzung in der Praxis gegeben.

Die Einbeziehung ethischer Überlegungen in die Auseinandersetzung mit dem Thema des Umgangs von Pflegepersonen mit demenzkranken Patienten stellt die Grundlage für den vierten Abschnitt dar. Dieser beschäftigt sich in erster Linie mit den Konstrukten Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten. Es werden Annäherungen an den Begriff Autonomie und konkrete Umsetzungen in der Pflege, zum Beispiel in Form institutioneller Leitbilder,

vorgestellt. Die Notwendigkeit einer Anpassung des Autonomiebegriffs im Kontext von demenzkranken Menschen wird verdeutlicht.

Der letzte Abschnitt des Theorieteils beschäftigt sich mit dem Aufenthalt eines demenzkranken Menschen im Akutspital. Es werden Rahmenbedingungen der Umgebung und besondere Bedürfnisse des Betroffenen konkretisiert, die einen solchen Aufenthalt zu einem Krisenerlebnis für den Demenzkranken werden lassen. Die besonderen Belastungen für das Krankenhauspersonal sowie Möglichkeiten zu einer qualitativen Verbesserung der Betreuung werden thematisiert.

3 Demenzerkrankungen

In diesem Kapitel stehen die Symptomatik der Demenzerkrankungen inklusive Verhaltensauffälligkeiten, das klinische Erscheinungsbild sowie die Behandlung und Versorgung von demenzkranken Patienten im Vordergrund.

3.1 Symptomatik und Verhaltensauffälligkeiten

Um ein Demenzsyndrom diagnostizieren zu können, müssen laut dem Klassifikationssystem ICD-10 (International Classification of Diseases) folgende Befunde vorliegen:

- Beeinträchtigung des Neu- und Altgedächtnisses sowie des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens, anderer höherer kortikaler Funktionen wie Aphasie, Apraxie bzw. Agnosie oder Persönlichkeitsveränderungen, die zu einer Beeinträchtigung des Alltagslebens führen.
- Fehlen einer Bewusstseinsstörung (Ausschluss eines Verwirrheitszustandes)
- Verminderung der Affektkontrolle sowie eine Störung des Antriebs- oder Sozialverhaltens.
- Dauer von mehr als sechs Monaten (Förstl, 2001, S. 17)

Vor allem die Störungen des Gedächtnisses stehen bei vielen Demenzkranken im Vordergrund der Symptomatik. Die „Fähigkeit neue Informationen zu erlernen und das früher erworbene Wissen willkürlich abzurufen“ (Wojnar, 2007, S. 37) ist herabgesetzt. Daneben kommt es bei den Betroffenen zu einer zunehmenden Beeinträchtigung von Sprache und Motorik. Veränderungen der Persönlichkeit zeigen sich zum Beispiel durch eine Abnahme früherer Interessen und einer Akzentuierung primärer Persönlichkeitszüge. Die verminderte Affektkontrolle kann sich in unmotiviertem plötzlichem Weinen, Lachen oder durch Wutausbrüche äußern (Wojnar, 2007).

Die bei Demenzpatienten auftretenden Verhaltensauffälligkeiten können in ihrer Art und Form stark variieren. Das Spektrum reicht angefangen vom sozialen Rückzug, Depression, gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus mit nächtlichen Schlafstörungen und Umherirren, Unruhe, ziellosem Umherwandern, Misstrauen, Feindseligkeiten, Aggressionen, bis hin zu

Wahnvorstellungen und Halluzinationen. All diese Einbußen erschweren dem Patienten und auch dessen Umfeld das alltägliche Leben immens. Herausforderungen für Angehörige und Pflegepersonen ergeben sich vor allem im sozialen Bereich, im Umgang mit der psychomotorischen Unruhe und der folglich auftretenden Sturzgefahr, der Desorientiertheit des Patienten sowie dem schnellen Wechsel der Stimmungslagen (Fonds Soziales Wien, 2006).

3.2 Klinische Erscheinungsbilder der Demenzerkrankung

Die Demenzerkrankung verläuft progressiv und es können verschiedene Stadien der kognitiven Verschlechterung unterschieden werden. In der Globalen Verschlechterungsskala nach Reisberg (Gastpar, Kasper & Linden, 2003) wird der Krankheitsverlauf genauer dargestellt (Tabelle 1).

Tabelle 1: *Globale Verschlechterungsskala nach Reisberg (Gastpar et al., 2003, S. 43)*

Grad der Verschlechterung	Klinische Eigenschaften
<i>Kein kognitives Defizit</i>	Kein subjektives und offensichtliches Defizit
<i>Sehr leichtes kognitives Defizit</i>	Subjektives Klagen über Gedächtnisstörungen. Keine objektiven mnестischen Störungen, keine Veränderungen des beruflichen und sozialen Lebens.
<i>Leichter kognitiver Ausfall</i>	Erste deutliche Defizit-Symptome (mindestens 2): Abnahme des räumlichen Gedächtnisses, der beruflichen Leistungsfähigkeit, Wort- und Namensfindung. Klinisch auffällige Konzentrationsstörungen. Störungen werden bagatellisiert, sind oft von Angst begleitet.
<i>Mäßig kognitives Defizit</i>	Deutliches Defizit hinsichtlich aktuellem Geschehen, der eigenen Vergangenheit, beim Subtraktionstest, Verreisen und der Geldverwaltung, nicht aber der zeitlichen Orientierung, dem Erkennen von Gesichtern und vertrauten Personen sowie der Fähigkeit, sich innerhalb bekannter Orte zu bewegen.
<i>Mittleres kognitives Defizit</i>	Beginnende Demenz: räumlich-zeitliche Desorientierung, Angewiesensein auf Hilfe von außen, während wichtige Dinge aus der Umgebung noch erinnert werden.

<i>Schwere kognitive Demenz</i>	Nur noch vage Erinnerung an Vergangenes, keine mehr an kurz zurückliegende Ereignisse. Fast vollständig auf fremde Hilfe angewiesen. Veränderungen des Tag-Nacht-Rhythmus, der Persönlichkeit und des Affektes, Auftreten von Halluzinationen, Zwangshandlungen, Angst oder gewalttätigem Verhalten.
<i>Sehr schweres kognitives Defizit</i>	Verlust der Sprachfähigkeit und anderer kortikaler Funktionen, totale Pflegebedürftigkeit.

In der Literatur ist häufig eine auf drei Stadien reduzierte Unterteilung der Schweregrade zu finden. Auch Wojnar (2007) spricht von einem leichten, mittelschweren und schweren Stadium der Demenzerkrankung, wobei die leichte Demenz dem leicht bis mäßig kognitiven Defizit, die mittelschwere dem mittleren kognitiven Defizit und die schwere Demenz dem schweren bis sehr schweren kognitiven Defizit in der Globalen Verschlechterungsskala nach Reisberg entspricht.

Eine weitere Unterteilung der Demenzerkrankungen erfolgt nach ihrer Ätiologie in die Alzheimer Demenz, die vaskuläre Demenz und andere, seltenere Formen. Nach Lehrner et al. (2006) lassen sich 65% des dementiellen Syndroms auf eine Alzheimer Krankheit und nur 10 bis 20% auf eine vaskuläre Demenz zurückführen. 10-15% aller Demenzprozesse stellen Mischformen von Alzheimer-typischen Veränderungen und vaskulären Schäden dar (Gastpar et al., 2003).

3.2.1 Demenz vom Alzheimer'schen Typ (DAT)

Die Alzheimer-Krankheit wurde nach dem deutschen Nervenarzt Alois Alzheimer benannt, der diese Krankheit erstmals 1907 aufgrund der klinischen Symptomatik und der charakteristischen Hirnveränderungen beschrieben hatte.

Die DAT ist eine primär degenerative Hirnerkrankung, die in den meisten Fällen sporadisch auftritt. Gewöhnlich beginnt die DAT ab einem Alter von 70 Jahren. In selteneren Fällen zeigt sich die Krankheit vor dem 65., kaum aber vor dem 40. Lebensjahr (Gastpar et al., 2003). Frauen erkranken häufiger als Männer und die Krankheitsursache ist unbekannt (Tölle & Windgassen, 2003). Die präsenile Form der Demenzerkrankung (Beginn vor dem 65. Lebensjahr) wird auch Typ 2 genannt und unterscheidet sich weder klinisch noch neuropathologisch merklich von den Spätformen (Tölle & Windgassen, 2003).

Folgende Veränderungen im Gehirn sind für die Alzheimer-Krankheit typisch:

- eine allgemeine Verminderung der Zahl der Nervenzellen (Neuronen) in der Großhirnrinde
- das Auftauchen von „Ablagerungen“ (senile Plaques), die aus dem sog. Amyloid (stärkeähnliches Eiweiß) gebildet sind
- eine Verkümmern (degenerative Veränderung) der Neuronen in Form sog. „Neurofibrillen“ (Nervenfasern) (Fonds Soziales Wien, 2006, S. 7)

Zusätzlich kommt es zur Verringerung des Transmitterstoffes Acetylcholin und zu einer Reduzierung der Synapsen um 30 bis 50%. Aufgrund dieser Faktoren ist die Weiterleitung der Information zwischen den Hirnzellen stark beeinträchtigt und die Gehirnleistung wird in Folge stark eingeschränkt.

Der Verlauf der Alzheimer Demenz ist „langsam, jedoch stetig und unaufhaltsam voranschreitend“ (Lehrner et al., 2006, S. 328). Der Beginn der Erkrankung ist durch Merk- und Gedächtnisstörungen sowie räumliche und zeitliche Orientierungsprobleme geprägt. Erstaunlich lange können die Betroffenen oftmals ihrer Umgebung gegenüber eine Fassade aufrechterhalten und Defizite verbergen (Lehrner et al., 2006).

3.2.2 Vaskuläre Demenz

Vaskuläre Demenzerkrankungen sind nach der Alzheimer Demenz die zweithäufigste Demenzursache. Ätiologisch gesehen überwiegen vor allem die arteriosklerotischen Gefäßprozesse vor den entzündlich bedingten Vorgängen. Durch die Arteriosklerose kommt es zu einer Unterversorgung an Sauerstoff in den verschiedenen Gehirnteilen, welche in Gehirnfunktionsstörungen resultieren. Aus pathogenetischer Sicht sind vor allem die interindividuell unterschiedlichen Faktorenkombinationen von großer Bedeutung, wobei das Vorhandensein von bilateralen Läsionen und die Lokalisation der Gewebeschäden eine große Rolle spielen. Meist gibt es in der Vorgeschichte auch transitorisch-ischämische Attacken mit kurzen Bewusstseinsstörungen und neurologischen Ausfällen. Der Krankheitsbeginn zeigt sich abrupter als bei der Alzheimer Demenz. Hoher Blutdruck, Diabetes und ein erhöhter Cholesterinspiegel sind Risikofaktoren für die Entstehung einer vaskulären Demenz (Fonds Soziales Wien, 2006).

Gemäß der ICD-10 Klassifikation können verschiedene Unterformen der vaskulären Demenz unterschieden werden (Gastpar et al., 2003):

- Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
- Multiinfarkt Demenz
- Subkortikale vaskuläre Demenz
- Gemischte vaskuläre Demenz

Förstl (2001) stellt die Formen der zerebrovaskulären Demenz übersichtlich dar (Tabelle 2).

Tabelle 2: Formen der zerebrovaskulären Demenz (Förstl, 2001, S.31)

Form der Pathologie	Ursache	Bevorzugte Lokalisation	Leitsymptome
<i>Makro-angiopathie</i>	atherothrombotische oder embolische Hirninfarkte	multiple kortikale oder strategische territoriale Infarkte Gyrus angularis Hippocampus	plötzlich auftretende oder schrittweise verschlechternde sensomotorische und kognitive Defizite
<i>Mikro-angiopathie</i>	Hypertonus/Hypotonus Hyperviskosität gesteigerte Thrombozytenaggregation	strategische oder multiple subkortikale lakunäre Infarkte Marklagerdemyelinisierung	Verlangsamung Verstimmtheit andere „frontale Zeichen“ extrapyramidalmotorische Zeichen Pseudobulbärhirnzeichen

Im klinischen Bild zeigt sich, dass vor allem das Gedächtnis, das abstrakte Denken und die Impulskontrolle stark beeinträchtigt sind. Einsicht, Urteilsfähigkeit und die Persönlichkeit des Patienten sind jedoch in den meisten Fällen recht gut erhalten. Während des Krankheitsverlaufes kann es auch immer wieder zu Affektlabilitäten mit vorübergehender depressiver Stimmung und Affektinkontinenz kommen sowie zu Episoden von Bewusstseinseintrübungen oder Delir (Gastpar et al., 2003).

3.2.3 Seltene Demenzerkrankungen

Anders als die häufigeren Demenzerkrankungen manifestieren sich diese nicht ausschließlich bei geriatrischen Patienten. Die restlichen Demenzerkrankungen stellen etwa 15% aller Demenzerkrankungen dar. Wichtig sind hier vor allem die Pick'sche Krankheit, Creutzfeld-Jakob'sche Erkrankung, Chorea Huntington und Morbus Parkinson. (Gastpar et al., 2003).

3.3 Behandlung von demenzkranken Patienten

Laut Förstl (2001) hängt die Art der Behandlung der Demenz von dem jeweiligen Krankheitsstadium ab. Neben der Pharmakotherapie, die aus einer allgemeinen Basistherapie, der Gabe von Antidementiva und einer Therapie der nicht-kognitiven Symptome besteht, stellen die nicht-medikamentösen Therapien, die Pflege und die Auseinandersetzung mit rechtlichen Fragen weitere wichtige Grundpfeiler dar. Förstl (2001) gibt in Tabelle 3 einen kurzen Überblick über diese Behandlungselemente und ihre Inhalte.

Tabelle 3: Elemente der Behandlung Demenzkranker (Förstl, 2001, S. 21)

Stadium der Demenz	Medikamentöse Therapie	Nicht-medikamentöse Therapie	Pflege	Rechtliche Fragen
Leichte kognitive Beeinträchtigung, Verdacht auf beginnende Demenzerkrankung	Versuch mit Antidementiva (Nootropika); Behandlung der Grunderkrankung (falls nachgewiesen)	Aufklärung und Beratung des Patienten und ggf. der Angehörigen, kognitives Training	keine	keine

Leichtgradige Demenz	Antidementiva, symptomatische Therapie nicht-kognitiver Symptome (z.B. einer Depression), Therapie der Grunderkrankung (falls nachgewiesen)	Aufklärung und Beratung des Patienten und (mit Zustimmung) seiner Angehörigen. Aktivierung, z.B. Ergotherapie und Physiotherapie.	Pflegeplanung, Tagesstätten, stundenweise Hilfen zu Hause.	Berentung, Anregung von Vorausverfügungen, Betreuungsverfügungen, Testament. Bei Alleinstehenden: Betreuung.
Mittelschwere Demenz	Antidementive Therapie mit fortlaufender Kontrolle der Nebenwirkungen, Therapie nicht-kognitiver Störungen kann in den Vordergrund rücken	Realitäts-Orientierungs-Training, Erinnerungs-Therapie, Selbsterhaltungs-Therapie, Intensive Beratung der Angehörigen	Tagesstätte, Betreuungsgruppe, Kurzzeitpflege, Inkontinenzpflege, Wohnungsanpassung, Personensuchanlage, bei Alleinstehenden oft Heimunterbringung nötig	Wie oben
Schwere Demenz	Entscheidung über Ende der Antidementiva-Therapie, Behandlung von Unruhe, ggf. antikonvulsive Behandlung	Anleitung der Angehörigen in der körperlichen Pflege, Hilfe bei der Auswahl eines Pflegeheims, Hilfe bei der Bewältigung von Trennung und Abschied	Dekubitusprophylaxe, parenterale Ernährung, Häusliche Pflege rund um die Uhr oder Heimunterbringung	Entscheidungen über parenterale Ernährung, Antibiotische Therapie und andere lebensverlängernde Maßnahmen

Am Beginn einer Demenzerkrankung haben nicht-medikamentöse Therapien vor allem Prävention und Rehabilitation zum Ziel. Durch das Training der kognitiven Basisfunktionen sollen diese möglichst lange erhalten bleiben. Ebenso können in diesem Stadium noch Kompensationsmechanismen und der Einsatz von Hilfsmitteln geübt und erlernt werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Krankheitsbewältigung und auf der emotionalen Unterstützung des Betroffenen und seiner Angehörigen (Gatterer, Auer & Schmidl, 2006).

Bei Fortschreiten der Erkrankung kommen zunehmend auch speziell auf demenzkranke Patienten abgestimmte Pflegekonzepte wie zum Beispiel Validation, Realitätsorientierungstraining und Biographiearbeit zum Einsatz. Die Betreuung durch multiprofessionelle Teams und milieutherapeutische Ansätze gewinnen an Bedeutung (Gatterer et al., 2006). „Bei schwerer Demenz treten kognitive Trainingsprogramme und verbal orientierte Maßnahmen vermehrt in den Hintergrund und werden von kreativen Therapien (Musiktherapie, Kunsttherapie,...) und emotional orientierten Therapien (Tiere, Kinder, Pflanzen) abgelöst.“ (Gatterer et al., 2006, S. 617). Sowohl fachliche Beratung als auch emotionale Unterstützung von pflegenden Angehörigen und professionellen Betreuern haben auch weiterhin bzw. ganz besonders in späteren Stadien der Krankheit einen hohen Stellenwert. Therapeutische Bemühungen im Sinne von psychotherapeutischen Interventionen befassen sich mit der Behandlung von, die Demenz häufig begleitenden, Depressionen und Verhaltensstörungen (Gatterer et al., 2006).

Förstl (2001) gibt praktische Ratschläge, welche nicht-medikamentösen Interventionsmöglichkeiten bei Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten der Demenz Anwendung finden könnten (Tabelle 4).

Tabelle 4: Nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren (Förstl, 2001, S. 25)

Symptom	Interventionsmöglichkeit
Depressivität	Vermitteln von Anerkennung und Bestätigung; Vermeiden von Enttäuschung und Zurücksetzung; Förderung angenehmer Aktivitäten; Nutzen vorhandener Fähigkeiten; Aufrechterhalten der sozialen Integration
Affektlabilität	Vermeiden von Überforderung und Reizüberflutung; Respektieren der subjektiven Sicht des Patienten; „Validation“; Vermeiden unnötiger Konflikte
Vergesslichkeit	Gedächtnishilfen („Eselsbrücken“), kognitive Aktivierung
Orientierungsstörungen	Örtliche und zeitliche Orientierungshilfen; Realitätsorientierungstraining; Üben sozialer Kompetenz
Sprachstörungen	Vereinfachung der Kommunikation; nicht-verbale Verständigungsmittel
Verringerte Einsichts- und Kritikfähigkeit	Strukturierung des Tagesablaufs; Aufgaben vereinfachen, behutsame und einführende „Regie“

3.4 Besondere Anforderungen an die Betreuungssituation (Umfeld und Zeitaufwand) und deren Auswirkungen auf die Betreuungsform

Die bereits erwähnten Symptome der verschiedenen Stadien einer Demenzerkrankung zeigen die fortschreitenden Einschränkungen der Betroffenen. Besonders wichtig ist es für die Betreuung, auf diese Veränderungen adäquat zu reagieren.

3.4.1 Besondere Bedürfnisse des demenzkranken Menschen

Die Störung der Gedächtnisfunktionen als Hauptsymptom der Demenz beeinträchtigt vor allem die Handlungsfähigkeit, die Selbstwahrnehmung und das Erleben der Demenzkranken. Hinzu kommen Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus und Probleme mit Sprachproduktion und Sprachverständnis. Die Bedeutung von alltäglichen Gegenständen wird zunehmend vergessen, die Fähigkeit zur Handlungsplanung und zum Abschätzen von Folgen des eigenen Handelns nimmt ab. Vielfach kann ein starker Bewegungsdrang bei den Betroffenen beobachtet werden (Wojnar, 2007).

Das Leben der Demenzkranken „zerfällt in Augenblicke“ (Wojnar, 2007, S. 62). In der Kommunikation mit anderen sind sie weitaus mehr auf Körpersprache und Lautmelodie angewiesen. Zusätzliche Beeinträchtigungen von Seh- und Hörvermögen begünstigen das Entstehen von Wahnsymptomatik und Halluzinationen. Verhaltensauffälligkeiten wie lautes und störendes Verhalten sind nicht selten Folge von Reizmangel oder Reizüberflutung. Ess- und Trinkstörungen, hervorgerufen durch altersbedingtes abgeschwächtes Hungergefühl aber auch demenzspezifische Beeinträchtigungen wie reduzierter Geruchs- und Geschmackssinn, Schluckprobleme, innere Unruhe bei den Mahlzeiten und das Nicht-mehr-Erkennen von Speisen sowie bedingt durch starke Nebenwirkungen von Medikamenten, führen häufig zu erheblichen gesundheitlichen Problemen. Vor allem falsche Reaktionen der betreuenden Personen und Missverständnisse durch die eingeschränkte Kognition und Wahrnehmung führen zu Verunsicherung, Misstrauen und Überforderung bei den Betroffenen. Diese sind häufig auch nicht mehr imstande, anderen ihre Bedürfnisse zu vermitteln. Wojnar (2007) betont den chronischen Stress, dem die demenzkranken Menschen „durch eine falsche, den Bedürfnissen der Kranken nicht angepasste Betreuung“ (S. 23) ausgesetzt sind.

Eine adäquate Reaktion der Betreuungssituation auf die eben dargestellte Problematik der besonderen Bedürfnisse demenzkranker Personen sollte gleichermaßen eine Anpassung der Umgebung wie auch einen entsprechenden Umgang umfassen.

Wojnar (2001) schreibt zur „dementengerechten Gestaltung der Umgebung“ folgendes:

Eine optimale Umgebung soll: übersichtlich sein, keine Ängste oder psychotische Symptomatik fördern, maximale Bewegungsfreiheit gewährleisten, freien Zugang zu Aussenbereichen (Gärten, Terrassen) ermöglichen und fördern, stimulierend wirken, keinen Krankenhaus- oder Institutionscharakter haben, über Orientierungshilfen verfügen, physiologische Reize der Situation der Kranken anpassen (wie z.B. Licht, Temperatur, „Geräuschkulisse“, Duft usw.), Besuche der Angehörigen fördern, über besondere „Ruheräume“ verfügen und Erfahrungen mit Tieren ermöglichen. (S. 52)

Vor allem die möglichst große Bewegungsfreiheit und der freie Zugang zu allen Räumen, Schränken und Gegenständen gibt den demenzkranken Menschen das „Gefühl Zuhause zu sein“ (Wojnar, 2007, S. 81). Das Ermöglichen enger zwischenmenschlicher Kontakte (Wojnar, 2007) und eine häusliche Gestaltung der Umgebung mit Wohnküchen und privatem Mobiliar scheinen das „Wandern“ zu dämpfen und soziales Verhalten und Selbständigkeit zu fördern (Simard, 1999, nach Wojnar, n.d.).

Zusammenfassend schreibt Wojnar (2007): „Was demenzkranke Menschen wirklich brauchen, ist eine Umgebung, in der sie sich wohlfühlen und trotz aller Behinderungen und Einschränkungen möglichst normal leben können.“ (S.151). Um das gewährleisten zu können, spielen neben der räumlichen Gestaltung natürlich die Betreuung und Pflege eine wesentliche Rolle. Für diese stellen vor allem die mit der Demenz oftmals einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten eine große Herausforderung dar. Der Versuch, diesen mit Gedächtnistrainings und therapeutischen Angeboten entgegenzuwirken, zeigt kaum eine Wirkung bzw. kann sogar je nach Richtung Überforderung oder Langeweile bei den Betroffenen auslösen (Wojnar, 2007).

Entscheidend ist deshalb nicht die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten, sondern das Erkennen ihrer Ursachen und die Anpassung der Umgebung und des Umgangs an die Fähigkeiten und Defizite des Kranken. Dazu gehört vor allem Toleranz und Akzeptanz des „sozial nicht angepassten Verhaltens“ mit Verzicht auf „erzieherische“ Maßnahmen zur Korrektur solcher Störungen. (Wojnar, 2007, S. 154)

Wichtig für den demenzkranken Menschen ist somit der Erhalt seines Selbstwertgefühls, das Erleben von Autonomie, Zugehörigkeitsgefühl und positiven Emotionen (Wojnar, 2007).

Nach Kämmer (2001) zeichnet sich qualitätsvolle Pflege dadurch aus, dass sie versucht, das Verhalten der Betroffenen vor dem Hintergrund ihrer Biografie zu verstehen, und dass sie die Welt des Kranken anerkennt und darauf achtet, vorhandene Fähigkeiten zu fördern. Sie lässt Bewegungsdrang und Freiräume zu, unterstützt die Kontaktaufnahme zu Mitpatienten und Angehörigen, übermittelt eine Atmosphäre von Geborgenheit und arbeitet bewusst mit offener, klarer Körpersprache und Berührungen sowie verbal mit einfachen, kurzen Sätzen. Die Pflege orientiert ihre „Abläufe und ihre Organisation an den Bedürfnissen des demenzkranken Menschen“ (Kämmer, 2001, S. 74).

3.4.2 Zeitaufwand für den demenzkranken Patienten

Um eine adäquate Betreuung Demenzkranker gewährleisten zu können, bedarf es eines zeitlichen Mehraufwands, der laut der Studie „Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker“ von Dürrmann (2001) in der Versorgung von mobilen Demenzkranken mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten durchschnittlich 45 Minuten pro Tag beträgt. Tabelle 5 zeigt mit Prozentangaben und Beispielen, in welche Maßnahmen sich dieser Zeitaufwand einteilen lässt.

Tabelle 5: Verteilung des täglichen Mehraufwandes in der Versorgung Demenzkranker (Dürrmann, 2001)

Zusätzliche indirekte Leistungen	16 %	Biographiearbeit, Angehörigenarbeit, Beobachtung und Fallbesprechungen, Zusatzbedarf an Fort- und Weiterbildungen
Einzelfallbezogene Maßnahmen	56 %	Betreuung bei Verhaltensstörungen, z.B. Selbst- und Fremdgefährdung, Gefahr- und Konfliktpotentiale, anhaltende Unruhe
Beziehungsgestaltung	19 %	Einzelgespräche, validierende Maßnahmen in Kriseninterventionen
Milieutherapeutische Maßnahmen	9 %	Angebote wie Singen oder Erzählen von Geschichten

Auch Kämmer (2001) thematisiert den erhöhten Begleitungsaufwand beim Auftreten gravierender Verhaltensveränderungen. So kann zum Beispiel ein Rufen oder Schreien des Betroffenen ohne erkennbaren äußeren Anlass einen zusätzlichen Zeitaufwand von 2,5 bis zu 3 Stunden qualitätsvoller pflegerischer Intervention bedeuten. Ausgeprägtes Such- und Fluchtverhalten erfordert permanente Aufmerksamkeit der Betreuungsperson bis zu 6 Stunden pro Tag. Ebenso kann die Auseinandersetzung mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten mehrere Stunden beanspruchen.

3.4.3 Mögliche Betreuungsformen für demenzkranke Patienten

Ziel jeglicher Bemühungen hinsichtlich Umgebungsgestaltung und professionellem Umgang ist es, eine möglichst optimale Betreuung für Demenzkranke zu gewährleisten. Auch die Wahl der Betreuungsform trägt einen wesentlichen Teil dazu bei. So gibt es neben der – für den Betroffenen wünschenswerten - Möglichkeit der Versorgung zu Hause durch Angehörige oder durch mobile Dienste auch die Möglichkeiten von Tagesgruppen, betreutem Wohnen und von stationärer Pflege, mit oder ohne Spezialisierung auf Demenzkranke.

Tabelle 6 zeigt einen Überblick der in Schweden gängigen Wohnformen für demenzkranke Menschen mit einer Unterteilung, die sich nach Ausprägung der Demenzsymptomatik und dem Vorhandensein verbliebener Fähigkeiten richtet (Annerstedt, Sanada und Gustafson, 1996, nach Wojnar, 2001).

Die Betreuung in Einrichtungen des Betreuten Wohnens und in Wohngruppen eignet sich in erster Linie für Demenzkranke mit einer leichten bis mittelgradigen Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen (Wojnar, 2001). Die Betroffenen sollten noch gut kommunizieren können und keine schwerwiegenden Verhaltensstörungen aufweisen (Annerstedt et al., 1996, nach Wojnar, 2001). Bei einem Fortschreiten der Erkrankung und in Folge möglichen Schwierigkeiten bei der Integration in „normale“ Pflegebereiche scheint die Versorgung in „Besonderen Betreuungseinheiten“, sogenannten Special Care Units, idealer (Wojnar, 2001). Hier kann sowohl mit den räumlichen Gegebenheiten als auch der personellen Ausstattung auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken eingegangen werden. Neben der bereits näher definierten dementengerechten Gestaltung der Umgebung zeichnen sich diese speziellen Wohneinheiten vor allem durch ein motiviertes, gut ausgebildetes Betreuungsteam aus, das sich freiwillig für die Betreuung Demenzkranker entschieden hat und regelmäßig an Fortbildungen, Fallbesprechungen und Supervisionen teil nimmt (Wojnar, 2001).

Tabelle 6: Wohnformen für Demenzkranke (Annerstedt et al., 1996, nach Wojnar, 2001, S. 50)

	kommt in jeder Umgebung zurecht, jedoch zunehmend vergesslich	kommt nur in vertrauter Umgebung zurecht	bedarf Ratschläge u. Hilfe, reagiert aber richtig auf Anweisungen	bedarf aktiver Unterstützung, reagiert nicht auf Ratschläge	bedarf aktiver Unterstützung, kann nicht mehr kommunizieren	schwerstpflegebedürftig, reagiert nur noch auf taktile Reize
A. selbständig bei Essen, Waschen, Toilettengängen, Anziehen, Gehen und kontinent		BETREUTES WOHNEN				
B. wie A., mit Ausnahme einer Tätigkeit						
C. wie B., aber kann sich nicht waschen			GRUPPENWOHNEN			
D. wie C., aber kann sich auch nicht anziehen						
E. wie D., aber kann auch nicht auf Toilette gehen			GRUPPENWOHNEN OD. BETREUTES WOHNEN	SPEZIELLE BETEUGUNG (SCU)		
F. wie E., aber kann auch nicht laufen			GRUPPENWOHNEN OD. PFLEGEHEIM			
G. abhängig bei allen Verrichtungen			PFLEGEHEIM		PFLEGEHEIM OD. SCU	

In der vorliegenden Arbeit dienen die Demenzstation des Geriatriezentrums am Wienerwald (Pavillon XII, 0 rechts) und die Demenzstation im SeneCura Sozialzentrum in Grafenwörth als Beispiele solcher „Special Care Units“, da sie ein ausgefeiltes Betreuungskonzept vorweisen, das in Kapitel 3.5 noch genauer vorgestellt wird.

Bezüglich der Wahl der geeigneten Betreuungsform betont Wojnar (2001):

Die Entscheidung über eine Veränderung der Betreuungsform erfolgt erst dann, wenn die Lebensqualität des Kranken und/ oder seiner Betreuer unter den Bedingungen der bisherigen Versorgung erheblich leidet. Zu berücksichtigen ist dabei auch die Situation der Angehörigen, der anderen Kranken und/ oder des bisherigen Pflegepersonals. (S.46)

3.5 Betreuung von demenzkranken Patienten auf Demenzstationen („Special Care Units“)

Generell sind „Special Care Units“ Wohneinheiten, die für etwa 12-51 Demenzpatienten Platz bieten (Wojnar, 2001).

Lawton et al. (1998, nach Wojnar, 2001) listen folgenden typische Merkmale für „Special Care Units“ auf:

- räumliche Trennung (mit eigenem Eingang)
- dementengerechte Gestaltung der Umgebung
- spezifische Aufnahme- und Entlassungskriterien für die betreuten Personen
- bessere personelle Ausstattung
- eigene fachliche Leitung
- besondere Fortbildung des Personals und
- spezifische Betreuungskonzepte (S.48)

Die räumliche Trennung der Demenzpatienten ist erst dann zu vertreten, wenn die Patienten selber stark unter ihrem Umfeld leiden oder sich dieses von ihnen gestört fühlt. Durch diese Trennung soll ein Gefühl des „Zuhause“ bzw. von Sicherheit und Geborgenheit gegeben werden.

Für die Aufrechterhaltung des Konzeptes „Special Care Unit“ sind spezifische Aufnahme- und Entlassungskriterien notwendig. Beispielsweise müssen die Patienten pflegebedürftig aber mobil sein, ausgeprägte Verhaltensstörungen haben sowie ein schweres Demenzsyndrom vorweisen. Die Krankheit muss vom Arzt diagnostiziert und als nicht behandelbare Demenz eingestuft werden (Wojnar, 2001).

Um eine gute Betreuung gewährleisten zu können, benötigen Demenzstationen eine bessere personelle Ausstattung als andere Pflegestationen. „Nach Literaturangaben ist eine Betreuungsdichte von 1:0,7 bis 1:1,7 notwendig, was etwa einer betreuenden Person für 3 bis 8 Kranke während des Tages entspricht“ (Wojnar, 2001, S. 53).

Nachfolgend werden das Versorgungskonzept der Demenzstation des Geriatriezentrums am Wienerwald (Pavillon XII, 0 rechts) und das Konzept der Demenzstation des SeneCura Sozialzentrums in Grafenwörth vorgestellt. Beide Stationen sind „Special Care Units“ und haben ein eigenes demenzgerechtes Pflegekonzept.

3.5.1 Das Interdisziplinäre-4-Pfeiler-Konzept (Geriatriezentrum am Wienerwald)

Auf der Demenzstation im Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) wurde von Mai 1999 bis März 2001 ein Projekt zur Demenzbetreuung durchgeführt. Es wurde eine neue Art von Demenzbetreuung ins Leben gerufen, die auf einem Interdisziplinären-4-Pfeiler-Konzept aufbaut (Geriatriezentrum Am Wienerwald, 2007):

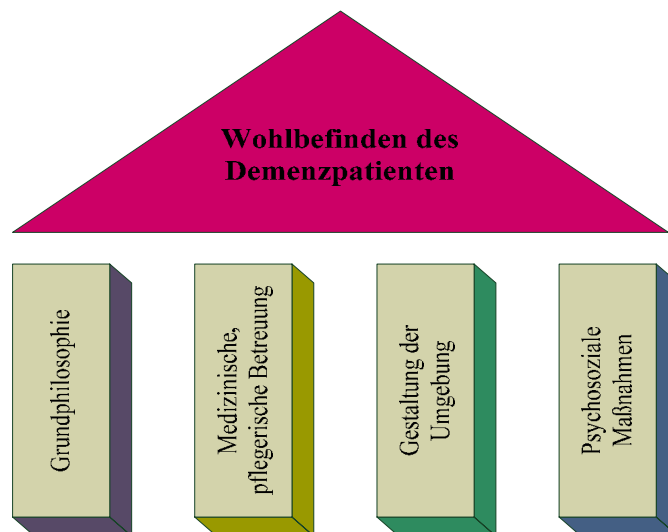


Abbildung 1: Interdisziplinäres-4-Pfeiler-Konzept (Geriatriezentrum Am Wienerwald, 2007)

1. Pfeiler: Grundphilosophie

Hier wird vor allem auf eine einführende, wertschätzende Grundhaltung gegenüber demenzkranken Menschen Wert gelegt.

2. Pfeiler: Medizinische, pflegerische Betreuung

Hierzu zählen vor allem: ein speziell geschultes multiprofessionelles Team; interdisziplinäre Mitverantwortung; Diagnoseerstellung nach den Konsensus-Papieren der Alzheimer Gesellschaft; spezielle Aufnahmekriterien; genetische Untersuchung und Auswertung in Zusammenarbeit mit dem Boltzmann Institut; Optimierung der Psychopharmaka Therapie; Bezugspflege; Validation (siehe Kapitel 5.1.2) ; Snoezelen (sanfte multisensorische Stimulation der Patienten) ; Basale Stimulation (Methode zur Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche) ; das psychobiographische Modell nach Böhm (siehe Kapitel 5.1.3); Memory Clinic; Psychologische Interventionen; Kognitives Training in Gruppen; Ergotherapie; Maltherapie; Tiertherapie; Bewegungsrunde; Singgruppe; Malrunde; Werkgruppe; Spielstunde; Back-, Koch- und Haushaltstraining; gesunde Arbeitszeiten und Burnout Prophylaxe für die Mitarbeiter.

3. Pfeiler: Gestaltung der Umgebung

Bei diesem Pfeiler wurde vor allem viel Wert auf folgende Kriterien gelegt: individuelle Raumatmosphäre durch Symbole und Farbgestaltung, farbliche Akzentuierungen und Signalmelodien als Orientierungshilfen; angeschlossener Garten mit Rundwegen und Kaffeehaus; Trennung von Ruhe und Aktivitätszonen; ferngesteuerte Signal-/Alarmanlage und Patientenküche.

4. Pfeiler: Psychosoziale Maßnahmen

Angehörigengruppe, Betreuung, jahreszeitliche Feste, Spaziergänge und Ausflüge zählen zu den psychosozialen Maßnahmen.

Das Ziel des Projektes war es zu verfolgen, ob es anhand der Umsetzung des Interdisziplinären-4-Pfeiler-Konzeptes zu einem Maximum an Freiheit, Sicherheit und Lebensqualität aus Sicht des demenzkranken Patienten kommt. Die Stichprobe betrug 41 Patienten mit mindestens mittelgradiger Demenz und Verhaltensauffälligkeiten. Anhand mehrerer Evaluationskriterien, wie z.B. der Stationsflüchtigkeit der Patienten, konnte eine eindeutige Besserung der Verhaltensauffälligkeiten gezeigt werden.

Diese Station stellt ein Musterbeispiel für die praxisnahe Implementierung der unterschiedlichsten Pflegekonzepte dar.

3.5.2 Die Eden-Alternative (SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth)

Das SeneCura Sozialzentrum in Grafenwörth ist das erste Haus in Österreich, das die demenzgerechte Lebensraumgestaltung in Anlehnung an Naomi Feil und der Eden-Alternative nach Dr. William Thomas umgesetzt hat. Die Demenzstation hat für 30 Bewohner Platz und bietet diesen eine ganzheitliche Pflege (d.h. dass der Mensch als Ganzes gesehen wird und individuelle Therapieprogramme zusammengestellt werden) mit einem umfassenden Therapieangebot.

Das Konzept der Eden-Alternative ist eine philosophische Anschauung, welche die Art und Weise, wie betagte und pflegebedürftige Menschen gepflegt und betreut werden sollen, definiert. Sie wurde durch den Hausarzt und Geriater Dr. William Thomas ins Leben gerufen und betont den Begriff von Würde. Damit ist gemeint, dass Würde nie verloren gehen kann, auch wenn die Person stark pflegebedürftig bzw. abhängig ist.

Die Eden-Alternative basiert auf *zehn humanistischen Wertprinzipien* (www.eden-europe.net; Philosophie; Geschichte):

1. Die drei Qualen – Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile – sind für den Großteil des Leidens unserer alten Menschen verantwortlich.
2. Eine Gemeinschaft, die das Wohl alter Menschen in den Mittelpunkt stellt, verpflichtet sich dazu, eine menschengerechte Wohnumgebung zu schaffen, in der sich das Leben um einen kontinuierlichen engen Kontakt mit Menschen, Tieren und Pflanzen dreht. Es sind diese Beziehungen, die sowohl den Alten wie den Jungen einen Weg zu einem lebenswerten Leben weisen.
3. Eine liebevolle Begleitung ist ein wirksames Mittel gegen Einsamkeit. Alte Menschen verdienen Zugang zur Gesellschaft von Menschen und Tieren.
4. Eine menschliche Gemeinschaft sorgt dafür, dass die alten Menschen sowohl Fürsorge erhalten als auch selbst anderen Wesen Fürsorge angedeihen lassen können.
5. Eine menschliche Gemeinschaft sorgt für Abwechslung und Spontanität, indem sie ein Umfeld schafft, in dem unerwartete und unvorhersehbare Ereignisse stattfinden können.
6. Sinnloses Tun zerstört den menschlichen Geist. Wenn wir Gelegenheit bekommen, Dinge zu tun, die wir für sinnvoll halten, trägt dies wesentlich zu unserer Gesundheit bei.

7. Medizinische Behandlung sollte im Dienste echter menschlicher Fürsorge stehen.
8. Eine menschliche Gemeinschaft bringt den alten Menschen dadurch Respekt entgegen, dass sie die bürokratische Autorität der Leitungsebene in den Hintergrund treten lässt und versucht, die Entscheidungsbefugnis so weit wie möglich in die Hände der alten Menschen bzw. ihrer nächsten Angehörigen zu legen.
9. Die Schaffung einer menschlichen Gemeinschaft ist ein nie endender Prozess. Menschliches Leben darf nie getrennt von menschlichem Wachstum gesehen werden.
10. Eine weise Führung ist das entscheidende im Kampf gegen die drei Qualen. Sie kann durch nichts ersetzt werden.

In Grafenwörth werden diese Grundprinzipien durch Tiere (Hamster, Zwerghasen, Fische und Finken), Pflanzen und die Gemeinsamkeit mit Kindern umgesetzt, und es entsteht folglich eine belebende Umgebung im Sinne der Eden-Alternative.

Außerdem bietet das SeneCura Sozialzentrum weitere Therapieangebote:

1. Memory-Garten

Der Erlebnispark ist in unterschiedliche Bereiche gegliedert, um die Sinne der Bewohner besser ansprechen zu können. Im Duftbereich wird vor allem mit Hilfe von Rosen, Lavendel und Flieder versucht, den *Geruchssinn* zu stimulieren und zu fördern.

Anhand einer kleinen angelegten Lagune wird vor allem der *Tastsinn* der Bewohner mit Hilfe des erfrischenden Wassers und den unterschiedlichen Bodenbelägen angeregt. Eine montierte Griffhalterung bietet die notwendige Standhaftigkeit und Sicherheit.

Der *Geschmacksbereich* bietet zur entsprechenden Jahreszeit kleine Köstlichkeiten wie Beeren und Früchte, die von den Bewohnern selber gepflückt werden können.

Der Klangbereich des Erlebnisparks versucht mit Hilfe natürlicher Mittel (z.B. Rauschen der Gräser, Vogelgesang, Wasserplätschern...) auch den *Gehörsinn* anzuregen und bietet gleichzeitig eine Möglichkeit, sich ein bisschen zurückzuziehen.

2. Snøezelen Raum

Mit Hilfe von fein aufeinander abgestimmten Reizen wie Lichteffekten, Musik, sanften Vibrationen, Wasserbett, Aromatherapie und taktiler Stimulation wird versucht, die Wahrnehmung zu fördern und das Wohlbefinden zu steigern.

3. Therapiehunde

Therapiehunde sind ein regelmäßiger Gast im Sozialzentrum. Durch spielerische Interaktionen stellen die Hunde einen wichtigen Faktor zur Motivationssteigerung und Lebensqualitätsverbesserung dar.

Prof. Dr. Peter Fasching untersuchte in einer eineinhalbjährigen Forschungsphase dieses besondere Betreuungskonzept. Es zeigte sich, dass es zu einem erhöhten psychischen Wohlbefinden, mehr Selbstständigkeit, einem allgemein besseren Gesundheitszustand und einer Verbesserung der Demenzeinstufung kam (SeneCuraInform, 2006).

4 Stress und Belastung

Stress und Belastung sind Begriffe, die aus der modernen Arbeitswelt nicht mehr wegzudenken sind und die ganz besonders in der Auseinandersetzung mit sozialen Berufen einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Die Beschäftigung mit arbeitspsychologischen Theorien zu diesem Thema soll als Grundlage dienen, um in Folge einen genaueren Blick auf spezifische Belastungen im Pflegeberuf zu werfen. Der Umgang mit bzw. die Pflege von demenzkranken Patienten stellt eine weitere Herausforderung für Pflegepersonen dar, und es können hierzu ganz konkrete stressauslösende Momente aufgezeigt werden.

4.1 Allgemeine Theorien zu Stress und Belastung am Arbeitsplatz

In der Literatur existieren für das Konstrukt Stress zahlreiche *Definitionen und Erklärungsmodelle*.

Semmer (1984) unterscheidet hierzu situations- und personenbezogene, negative und neutrale, kognitive und nicht-kognitive sowie enge und weite Begriffsdefinitionen. Im Gegensatz zu reiz- und reaktionsorientierten Konzepten, die das Erleben von Stress an bestimmten Stimuli und Reaktionen festmachen, stellt eine personenbezogene Sichtweise individuelle Interpretationen und Bewertungen in den Mittelpunkt. Während Selye (1977, nach Semmer, 1984) Stress als eine „unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Art von Anforderung, die an ihn gestellt wird“ (S. 19) sieht, überwiegt nach Semmer (1984) in kognitiv orientierten Stress-Konzeptionen eine negative Auffassung. Nach ihm ist es auch wichtig, von einer rein physiologisch-organismischen Stressdefinition zu einer kognitiv-emotionalen überzugehen, welche die Rolle der psychischen Situationsbewertung im Stresserleben betont. Eine Einengung des Stressbegriffs auf bestimmte auslösende Bedingungen und bestimmte Reaktionen sowie hinsichtlich der Ereignisintensität erscheint Semmer im Sinne einer personenbezogenen Definition nicht sinnvoll. Eine Einschränkung sei nur „insoweit vorzunehmen, als eine negative Bewertung durch das Individuum vorliegen muß“ (Semmer, 1984, S. 25).

Diese Aspekte zusammenfassend definiert Semmer (1984) Stress als einen „unangenehmen Spannungszustand, der entsteht, wenn eine Situation als aversiv eingeschätzt wird“ (S. 27). Ebenso gibt Greif (1991), der sich mit dem Thema Stress in der Arbeit befasst hat, eine negative Definition von Stress und verweist auf die Subjektivität des Stresserlebens:

„Streß“ ist ein subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, daß eine

- stark aversive,
- subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und
- subjektiv lang andauernde Situation

sehr wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint. (S.13)

In ähnlicher Weise betonen auch Lazarus und Folkman (1984) mit ihrer Definition eine individuelle Ebene des Stressempfindens. „Psychological stress, therefore, is a relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being.“ (Lazarus & Folkman, 1984, S. 21). Es liegt an der jeweiligen Person, ob ein Ereignis als stressauslösend empfunden wird oder nicht. Lazarus und Folkman sprechen in diesem Zusammenhang von kognitiver Bewertung („cognitive appraisal“). Zuerst entscheidet die Person, ob eine Begegnung als irrelevant, positiv oder stressauslösend zu bewerten ist. Diesen Prozess bezeichnen die Autoren auch als „primary appraisal“. Je nach Erleben kann eine stressende Situation als Schaden, Bedrohung oder Herausforderung empfunden werden. Das Erleben von Schaden oder Verlust („harm/loss“) bedeutet, dass die Person in der Situation bereits eine Verletzung oder einen Schaden erlitten hat. Die Empfindung einer Bedrohung („threat“) bezieht sich auf die Möglichkeit, dass ein Schaden oder ein Verlust stattfinden könnte, und ist mit negativen Emotionen, insbesondere mit Angst, verbunden. Im Gegensatz dazu kann die Bewertung einer Situation als Herausforderung („challenge“) mit angenehmen Gefühlen verbunden sein. Sie lässt der Person die Möglichkeit offen, die Situation beherrschen zu können. Ausgehend von dieser ersten Bewertung entscheidet die Person dann in einer zweiten Phase („secondary appraisal“), was sie in der jeweiligen Situation unternehmen kann, und evaluiert mögliche Strategien sowie deren Konsequenzen. Erhält die Person neue Informationen aus der Umgebung oder durch eigene Bewältigungsversuche, kann sich die Bewertung der Situation verändern („reappraisal“).

Nach Lazarus und Folkman (1984) laufen kognitive Bewertungsprozesse nicht immer bewusst ab. Sie bestimmen aber im wesentlichen die Intensität des empfundenen Stresses sowie die Qualität und Stärke der emotionalen Reaktion.

Zu der Frage, welche Faktoren Stress verursachen, nennt Semmer (1984) Probleme des Regulationsaufwandes, Regulationsunsicherheit und Zielunsicherheit als die wichtigsten *Stressoren*¹ im Kontext der Arbeitssituation.

Ein zu hoher Regulationsaufwand entsteht meist durch zu hohe quantitative Anforderungen im Erfüllen einer Aufgabe. Vor allem intensive körperliche, aber auch psychische Beanspruchungen wie hohe Konzentrationsleistungen führen über längere Zeit zu Ermüdungserscheinungen und einer Beeinträchtigung des Befindens. Ebenso erschweren Aspekte der Arbeitsumgebung (zum Beispiel Lärm), innere Faktoren (Schmerzen, Müdigkeit, kognitive Beschäftigung mit privaten Probleme) und Unterbrechungen des üblichen Arbeitsablaufs die Durchführung einer Handlung. Ist das Ziel klar, aber die Wege zur Erreichung des Zieles sind unklar bzw. die Zielerreichung an sich ist ungewiss, so spricht Semmer (1984) von einer Regulationsunsicherheit. Es handelt sich hier um eine qualitative Überforderung der Person. Unsicherheit bezüglich des Zieles entsteht durch unklare, widersprüchliche Anweisungen.

Andere stressinduzierende Faktoren sind nach Semmer (1984) vor allem unzureichende Arbeitsinhalte - wenn die Aufgabe für den Betreffenden zu einfach oder zu langweilig ist und wenig Möglichkeit zur Bestätigung eigener Fähigkeiten bietet - oder Tätigkeiten, welche die Person für ethisch nicht vertretbar oder für sinnlos hält und sie in Konflikte mit dem eigenen Wertesystem bringt. Auch mangelnde Möglichkeiten zu sozialem Kontakt, zu Kommunikation und Kooperation in der Arbeit können Stress auslösen.

Eine andere Einteilung gibt McGrath (1976, nach Semmer, 1984), der in seinem Sektionsmodell drei Bereiche von Stressoren (die physikalisch-technologische Umgebung, die sozial-interpersonale Umgebung, das Person-System) beschreibt und durch Kombination dieser auf mögliche Stressursachen (aufgabenbedingter Stress, rollenbedingter Stress, Stress aus der physikalischen Umgebung, Stress aus der sozialen Umgebung, Stress aus Merkmalen der Person) schließt.

¹ „'Stressoren' sind hypothetische Faktoren, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ‚Streß‘ (oder ‚Streßempfindungen‘) auslösen.“ (Greif, 1991, S. 13)

In ihrem Berufsleben werden Menschen meist mit mehreren dieser möglichen Stressoren gleichzeitig konfrontiert. Semmer (1984) spricht in diesem Zusammenhang von einem Problem der Mehrfachbelastung. Es ist durchaus denkbar, dass ein Stressor einen anderen zumindest kurzfristig verdrängt. Sicherlich häufiger ist jedoch, dass sich Stressoren addieren oder sogar in ihrer Wirkung wechselseitig verstärken. Auch darf nicht unbeachtet bleiben, dass auch Stressoren aus anderen Lebensbereichen wie Familie und Freizeit in das Arbeitsfeld hineinwirken und es beeinträchtigen können.

Als *Variablen mit intervenierender und moderierender Wirkung* auf das Stressempfinden werden von Greif (1991) Persönlichkeitsmerkmale sowie technische und soziale Ressourcen zur Bewältigung von Stress genannt.

Semmer (1984) gibt als weiteren wichtigen stressbeeinflussenden Faktor die Möglichkeit zur Kontrolle an. Bei dieser kann es sich um eine tatsächliche Einflussnahme auf das Geschehen oder um lediglich die Erwartung, man könne die Situation kontrollieren, handeln. Soziale Unterstützung hat auch nach Semmer (1984) einen positiven Effekt. Sie kann ebenso praktische Hilfe wie emotionale Unterstützung beinhalten und direkt stressreduzierend oder indirekt stressmildernd wirken.

Lazarus und Folkman (1984) teilen die Variablen, welche die kognitive Bewertung eines stressigen Ereignisses beeinflussen, in Faktoren der Person und Faktoren der Situation ein. Zu den Personenfaktoren zählen die Bindungen („commitments“) einer Person, die ausdrücken, was für sie wichtig ist, und das Erleben einer Situation als Herausforderung oder Bedrohung bestimmen. Ebenso zu den in der Person verankerten Variablen zählen Überzeugungen („beliefs“) die Kontrolle einer Situation betreffend oder bezogen auf existenzielle Themen wie Schicksal und Sinn des Lebens. Faktoren der Situation, welche die Stresswahrnehmung beeinflussen, beziehen sich vor allem auf zeitliche Gegebenheiten wie nahes Bevorstehen oder Dauer eines Ereignisses und auf eine Unsicherheit bezüglich des zeitlichen Auftretens von diesem. Auch das neue Auftreten einer Situation, eine Unvorhersehbarkeit und Zweideutigkeit, aber auch die zeitliche Position des Ereignisses im Leben eines Menschen und die zeitliche Relation zu anderen Ereignissen, beeinflussen das Stresserleben.

Zu der Frage der *Stressbewältigung* soll hier kurz das Konstrukt *Coping* erwähnt werden. Lazarus und Folkman (1984) geben eine prozessorientierte Definition: „We defined coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or

internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ (S.178).

Je nach Funktion unterscheiden Lazarus und Folkman (1984) zwei Hauptformen des Copings. Während sich das problemzentrierte Coping („problem-focused coping“) mit dem Stressor an sich befasst, reguliert das emotionszentrierte Coping („emotion-focused coping“) die emotionale Antwort auf das Problem. Die Art und Weise, wie eine Person mit Stress umgeht, wird durch ihre Ressourcen wie Gesundheit, Überzeugungen, Fähigkeiten, soziale und materielle Unterstützung sowie durch persönliche und umweltbedingte Einschränkungen dieser Ressourcen bestimmt.

Durch Konfrontation mit einem Stressor werden im Menschen Prozesse in Gang gesetzt, die sich nach Schmidt (2004) in körperliche, verhaltensbezogene und geistig-emotionale *Stressreaktionen* einteilen lassen.

Körperliche Stressreaktionen beziehen sich vor allem auf hormonelle Vorgänge wie die vermehrte Produktion und Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin² und Cortisol³. Diese führen unter anderem zu einem Anstieg von Blutdruck und Pulsfrequenz, einer Erweiterung der Bronchien, einer verbesserten Durchblutung der Skelettmuskulatur und einer Herabsetzung der Verdauungstätigkeit sowie einer Erhöhung der Magensäureproduktion. Während der Körper auf diese Weise optimal auf eine akute Stresssituation reagieren kann, birgt dauerhafter Stress durch die erwähnten Veränderungen gesundheitliche Risiken. So kann es langfristig zum Beispiel zu Schädigungen der Blutgefäße -und in Folge zu Infarkten-, zu Verspannungen der Muskulatur, zu Magen-Darm-Geschwüren und einer Schwächung des Immunsystems kommen.

Als verhaltensbezogene Stressreaktionen nennt Schmidt (2004) hastiges, ungeduldiges Verhalten, die vermehrte Einnahme von Suchtmitteln, um sich zu betäuben, unkoordiniertes Arbeitsverhalten und gehäufte Konflikte mit anderen, aber auch passives Vermeidungsverhalten.

Geistig-emotionale Stressreaktionen umfassen Gedanken und Gefühle, die in einer belastenden Situation ausgelöst werden wie beispielsweise Nervosität, Unzufriedenheit, Ärger, Hilflosigkeit, Selbstvorwürfe und Denkblockaden.

² Adrenalin und Noradrenalin: Hormone des Nebennierenmarks (Pschyrembel, 1998)

³ Cortisol: Glukokortikoid, Hormon der Nebennierenrinde (Pschyrembel, 1998)

Nach Semmer (1984) sind schädliche Folgen von Stress vor allem dann zu erwarten, „wenn sie [die negativ eingeschätzten Ereignisse] an Intensität und/ oder Dauer eine kritische Grenze überschreiten“ (S.21).

Dieser Einblick in einige Theorien und Gedanken zum Konstrukt Stress insbesondere im Kontext der Arbeitssituation soll als Grundlage weiterer Überlegungen dienen. Das Verständnis von Stress, so wie der Begriff auch in Folge verwendet wird, schließt sich den genannten Definitionen von Stress als unangenehmen, negativ besetzten Zustand an. Wichtig erscheint hierzu auch die Betonung des subjektiven, individuell unterschiedlichen Erlebens von Stress.

Häufig in einem ähnlichen Kontext wie das Wort Stress verwendet und daher einer Erwähnung an dieser Stelle würdig, ist der Begriff *psychische Belastung*. „Psychische Belastung wird verstanden als die Gesamtheit der erfaßbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken“ (Normenausschuß Ergonomie, 1987, nach Greif, 1991, S.4) Im Gegensatz zu dieser neutralen Definition hat der Begriff Belastung, wie er in weiterer Folge Anwendung findet, allerdings eine negative Bedeutung, zumal die Verwendung des Wortes Belastung meist aus der Übersetzung des englischen Wortes *strain* resultiert, das durchaus mit Druck und intensiver Beanspruchung verbunden wird (Greif, 1991).

Die hier sehr allgemein dargestellten auslösenden und moderierenden Variablen von Stress sollen im folgenden für den Pflegeberuf im allgemeinen sowie für die Pflege von demenzkranken Patienten im speziellen weiter konkretisiert werden.

4.2 Stress im Pflegeberuf

Trotz gesunkener Patientenzahlen in Relation zum Personalstand kann in den letzten Jahren ein Anstieg der Anforderungen an das Pflegepersonal beobachtet werden. Dies wird von Büssing (1990) vor allem auf einen strukturellen Wandel der Pflege zurückgeführt. Als Ursachen beschreibt er hierzu einen intensiveren Arbeitsaufwand durch gesunkene Verweildauer der Patienten, sozialpolitische Randbedingungen sowie komplexe Mehrfachbelastung der Pflegepersonen und gestiegene Anforderung durch stark erweiterte Leistungserbringung und hohen Kooperationsbedarf.

Auch berufspolitische und ideologische Veränderungen in der Pflege scheinen die Anforderungen zu erhöhen. Galt es früher als professionell, sich vom Patienten möglichst zu distanzieren, wird heute der Aufbau einer mehr oder weniger nahen Beziehung zum Patienten als sehr wichtig angesehen (Williams, 2001, nach Winwood & Lushington, 2006).

Der ständig wachsende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung und der damit verbundene prozentuelle Anstieg an alten, pflegebedürftigen Patienten in den Spitälern und Pflegeheimen sollte in diesem Kontext ebenfalls berücksichtigt werden.

Udris und Frese (1988, nach Büssing, 1990) teilen *Stressoren* in Stressoren in der Arbeitsaufgabe, physikalische Stressoren, Stressoren in der zeitlichen Dimension und Stressoren in der sozialen und organisationalen Situation ein.

Büssing übernimmt diese Einteilung und gibt Beispiele für den Krankenpflegeberuf. Stressoren in der Arbeitsaufgabe äußern sich in Unter- und Überforderungen sowie Handlungsunterbrechungen. Unter- und Überforderungen können quantitativer oder qualitativer Natur sein. Beispiele hierzu wären Zeitdruck, schwierige, komplizierte Tätigkeiten, aber eben auch zeitlich und inhaltlich monotone Arbeiten. Handlungsunterbrechungen entstehen häufig durch Telefonanrufe oder patientenbezogene Zwischenfälle. Physikalische Stressoren meinen körperliche Belastungen aufgrund schlechter räumlicher Bedingungen oder mangelhafter Hilfsmittel. Stressoren in der zeitlichen Dimension liegen in der Pflege vor allem in den wechselnden Diensten der Schichtarbeit. Stressoren in der sozialen und organisationalen Situation zeigen sich in Konflikten mit Vorgesetzten und Kollegen sowie im Patientenkontakt.

Bezogen auf eine Untersuchung von über 1200 Pflegepersonen in der deutschen Schweiz gibt Widmer (1989) eine Rangfolge von Stressfaktoren bei Pflegepersonen an. An erster Stelle und somit am häufigsten genannt liegen ethische Konflikte bei der Pflege und Betreuung der Patienten. Es folgen Personalkonflikte, Verunsicherung die Arbeit und die eigene Person betreffend, Arbeitslast, Unselbständigkeit, die Beziehung zu Vorgesetzten und die Beziehung zum Arzt.

In einer Zusammenfassung von Studien aus Großbritannien ergänzen Edwards und Burnard (2003) zu den bereits aufgelisteten Stressoren noch Stressursachen administratorischer und organisatorischer Art, finanzielle und ressourcenbezogene Gründe, unzureichende Personalstände und mangelnde Supervision. Auch der häufige Umgang mit Tod und sterbenden Patienten kann für das Pflegepersonal Stress bedeuten (Marshall, 1980, nach Tyler & Ellison, 1993).

McVicar (2003) betont das Vorliegen unterschiedlicher Stressoren je nach Arbeitsplatz und den Einfluss der individuellen Wahrnehmung jeder einzelnen Pflegeperson. Auch scheinen sich Stressoren über die Zeit zu verändern. McVicar nennt zum Beispiel unzureichende Bezahlung trotz hoher Arbeitslast und schlechter personeller Besetzung als Stressursache, die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat.

Als *stressbeeinflussende Faktoren* im Pflegeberuf werden in der Literatur zum Beispiel Alter, Geschlecht und Persönlichkeit genannt. Das Alter der Pflegeperson scheint ihr Stressempfinden insofern zu beeinflussen, als dass jüngere Pflegepersonen unter mehr Stress leiden (Edwards & Burnard, 2003; Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007). Bezüglich der moderierenden Wirkung des Geschlechts gibt es unterschiedliche Ergebnisse. Während Glasberg et al. (2007) und Edwards und Burnard (2003) Frauen als anfälliger für Stress beschreiben, geben Melchior et al. (1997, nach Edwards & Burnard, 2003) einen höheren Burnoutscore für Männer an. Keine Geschlechtsunterschiede finden sich bei Tyler und Ellison (1994).

Einen häufig beschriebenen positiven Einfluss bringen Persönlichkeitseigenschaften wie hohe Selbstachtung, Ausdauer, emotionale Stabilität und das Verfügen über gute Copingfähigkeiten (Carson & Kuipers, 1998, nach Edwards & Burnard, 2003). Ebenfalls stressreduzierend wirkt sich soziale Unterstützung aus. Pflegepersonen mit Familien und in Partnerschaften erleben weniger Stress (Tyler & Ellison, 1994).

Der Erwerb zusätzlicher Qualifikationen scheint mit mehr Verantwortung und somit auch mit mehr Stress einherzugehen (Tyler & Ellison, 1994). Im Gegensatz dazu wirkt sich das gezielte

Training von psychosozialen Fähigkeiten und Entspannungsmechanismen im Zuge von Stressmanagement Workshops durchaus positiv aus (Edwards & Burnard, 2003).

Unterschiede im Stresserleben scheinen zum Teil auch stark von der jeweiligen Station abzuhängen, wo die Person arbeitet. Je nach Stationsschwerpunkt liegen andere Stressoren vor (Tyler & Ellison, 1994).

Betrachtet man die *Folgen von Stress* in der Pflege, so lassen sich natürlich auch bei Pflegepersonen die im allgemeinen Teil erwähnten kurz- und langfristigen Auswirkungen von Stress wiederfinden.

Winwood und Lushington (2006) untersuchen in ihrer Studie den Effekt von psychischen und physischen Anforderungen auf Schlaf, Erholung und chronische Stressfolgen und kommen zu dem Ergebnis, dass vor allem die psychologischen Belastungen des Pflegeberufs negative Auswirkungen haben. Psychologische Anforderungen, geistige und emotionale gleichermaßen, haben nach den Autoren einen größeren Einfluss auf die Schlafqualität und die Erholungsfähigkeit zwischen den Diensten und beeinträchtigen Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen stärker als physische Anforderungen. Untersuchungen aus Großbritannien zeigen höhere Fehlraten und mehr Krankenstände bei Personal aus dem Gesundheitssektor als bei Angestellten anderer Bereiche (Nuffield Trust, 1998, nach Edwards & Burnard, 2003). Foxall, Zimmermann, Standley und Bené Captain (1990, nach Tyler & Ellison, 1994) geben Personalfluktuaton und eine Abnahme der Pflegequalität als Folgen von Stress an. Somit hat eine Überbelastung der Pflegeperson immer auch direkte Auswirkungen auf den Patienten.

Nehmen Belastungen und Stress überhand, kann es zum sogenannten *Burnout-Syndrom* kommen. „Burnout heißt ‚ausgebrannt sein‘ und bezeichnet einen plötzlich einsetzenden oder langsam beginnenden Zustand körperlicher, geistiger oder gefühlsmäßiger Erschöpfung.“ (Schmidt, 2004, S. 33). Nach Maslach und Leiter (2001) sind vor allem Arbeitnehmer von „Hightouch-Berufen“ – das sind Berufe, die ein großes Maß an direktem Kontakt zu Menschen erfordern – durch Burnout gefährdet. So ist also auch im Pflegeberuf das Burnout ein häufig diskutiertes Thema und eine gefürchtete Langzeitfolge von Stress. Anfangs ist der Burnout-Prozess durch hohes Engagement und Begeisterung gekennzeichnet. Aufgrund von Überforderung und Erschöpfung wird aber dieses Engagement alsbald reduziert und es folgt eine Phase der Stagnation, die schlussendlich in ein Stadium der existenziellen Verzweiflung, das von Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit und einem erhöhten Krankheitsrisiko geprägt ist, mündet (Burisch, 1989, nach Schmidt, 2004).

Stressbewältigung kann nach Udris und Frese (1988, nach Büssing, 1990) entweder an einer Veränderung der Stressoren oder am Verändern der Ressourcen ansetzen. Außerdem können individuelle von institutionellen Maßnahmen unterschieden werden. Konkret zählen dazu Maßnahmen zur Beseitigung der Stressoren, Bereitstellung von sozialer Unterstützung, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Programme zu Stressmanagement und das Erlernen von Entspannungstechniken.

Auch in der Betreuung demenzkranker Patienten lassen sich natürlich all die in diesem Abschnitt dargestellten Stressoren, Moderatoren und Stressfolgen des Pflegeberufs wiederfinden. Resultierend aus den Besonderheiten der Demenzerkrankung wie Symptomen, Krankheitsverlauf und auftretenden Verhaltensauffälligkeiten kann die Pflege solcher Patienten jedoch noch zusätzliche Belastungen mit sich bringen.

4.3 Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten

Durch den wachsenden Anteil sehr alter Menschen in der Bevölkerung und die Zunahme der Demenzerkrankungen werden auch Pflegepersonen in den Spitälern immer häufiger mit demenzkranken Patienten konfrontiert. In den Pflegeheimen steigt die Zahl der schwer demenzkranken Bewohner. Die Verdichtung der ambulanten Versorgung macht es möglich, dass alte Menschen länger zuhause betreut werden. Die Einweisung in den stationären Bereich erfolgt oft erst bei Auftreten gravierender Verhaltensstörungen (Schröder, 1999).

Sowohl in Spitälern als auch in Pflegeheimen müssen Pflegepersonen die Pflege an das besondere Verhalten des demenzkranken Patienten anpassen und mit problematischen Verhaltensauffälligkeiten umgehen lernen. Schwierigkeiten ergeben sich u.a. aus den Veränderungen in Wahrnehmung, Gedächtnis und Orientierung (Beck & Heacock, 1988 und Maas & Buckwalter, 1991, nach Kuremyr, Kihlgren, Norberg, Aström & Karlsson, 1994) sowie aus aggressiven Verhaltensweisen (Patel & Hope, 1992, nach Rodney, 2000) und mangelnder Kommunikationsfähigkeit (Asplund, Jansson & Norberg, 1993 und Jansson, Norberg, Sandman, Athlin & Asplund, 1993, nach Kuremyr et al., 1994). Hinzu kommt eine zunehmende Pflegebedürftigkeit bei Fortschreiten der Demenzerkrankung.

Angesichts dieser Problemlage erscheint es verwunderlich, dass sich die Forschung zwar bereits schon vielfach mit der Belastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken, aber noch recht wenig mit dem Stresserleben von professionellen Pflegepersonen auseinandergesetzt hat (Mackenzie & Peragine, 2003 und McCarty & Drebing, 2003, nach Zimmermann et al., 2005; Rodney, 2000). Außerdem beschäftigen sich die Studien häufig nur sehr allgemein mit dem Thema und suchen die Ursachen für Stress und Burnout eher in organisatorischen Gegebenheiten (Kuremyr et al., 1994). Dies mag natürlich durchaus auch seine Berechtigung haben. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Verhaltensauffälligkeiten des demenzkranken Patienten im besonderen Einstellung und Belastungserleben von Pflegepersonen beeinflussen und wie mögliche individuelle Variablen der Pflegeperson in dieses Erleben hineinwirken. Die Kenntnis solcher Zusammenhänge stellt eine wichtige Voraussetzung für eine Maßnahmenplanung in Richtung Situationsverbesserung dar und würde Pflegepersonen wie Patienten gleichermaßen davon profitieren lassen.

Herausfordernde Verhaltensweisen, die bei Pflegepersonen ein besonders hohes Maß an Stressempfindungen auslösen, sind nach Gilleard (1984, nach Rodney 2000) vor allem Herumwandern, Unruhe, Desorientierung und Inkontinenz der Patienten. Untersuchungen mit der Swedish Strain in Nursing Care Assessment Scale (NCAS)⁴ zufolge schreiben Pflegepersonen ihren demenzkranken Patienten mehr negative als positive Eigenschaften zu (Brodaty, Draper & Low, 2003). Am häufigsten werden die Patienten als agitiert, aggressiv, schwer zugänglich und unberechenbar sowie als einsam, ängstlich und abhängig beschrieben. Am schwierigsten und meisten belastend empfinden die Pflegepersonen den Umgang mit aggressivem, eigenwilligem, unberechenbarem und unkooperativem Verhalten. Außerdem belastet sie das Empfinden, dass Demenzkranke ein einsames, sinnloses Leben führen, absichtlich schwierig sind und wenig Kontrolle über ihr Verhalten haben (Brodaty et al., 2003; Hallberg & Norberg, 1993; Hallberg & Norberg, 1995). Während nach Aström (1990, nach Bauer Alfredson & Annerstedt, 1994) eine positive Einstellung zum demenzkranken Patienten mit niedrigem Burnout korreliert, berichten Brodaty et al. (2003), dass mit einer negativen Einstellung eine geringere Belastung einhergeht. Dies mag nach Brodaty et al. an einer geringeren Involviertheit des Personals liegen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen allerdings auch, dass bei Pflegepersonen mit einer negativeren Einstellung zum Patienten die Zufriedenheit an der Arbeit geringer ist und somit zumindest langfristig eine negative Sicht sicherlich nicht weniger Belastung für das Pflegepersonal bedeutet.

⁴ weitere Informationen zur NCAS und zu den zitierten Studien siehe empirischer Teil

Brodaty et al. (2003) finden in ihrer Untersuchung, die an elf australischen Pflegeheimen durchgeführt wurde, keinen Zusammenhang zwischen dem Belastungserleben der Pflegepersonen (erhoben mit der NCAS) und den tatsächlich vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten der Patienten (erhoben mit der Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale – BEHAVE-AD nach Reisberg et al., 1987). Dies betont die Wichtigkeit anderer mitwirkender Faktoren wie Umgebungsvariablen und individuellen Variablen der Pflegeperson. Hallberg und Norberg berichten hierzu schon 1993 von einem positiven Einfluss der Implementierung von Supervision und individueller Pflege auf Einstellungen und Belastungserleben von Pflegepersonen. Die Untersuchung von Hallberg und Norberg (1995) zeigt, dass Vollzeitkräfte im Gegensatz zu Teilzeitarbeitenden und Pflegepersonen, die häufiger Tagdienste als Nachtdienste machen, eine positivere Einstellung zu den Patienten haben und weniger Belastung empfinden. Dies mag auf eine engere Beziehung dieser Pflegepersonen zum Patienten zurückgeführt werden. In eine ähnliche Richtung gehend berichten Zimmermann et al. (2005) einen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen und einer individuellen Pflege sowie einer personenzentrierten Einstellung⁵. Nach Brodaty et al. (2003) sind ältere Pflegepersonen sowie solche, die schon länger im Pflegeheim arbeiten, mehr belastet. Gegensätzliche Ergebnisse finden sich bei Zimmermann et al. (2005), die zeigen, dass jüngere Pflegepersonen mit weniger Erfahrung mehr Stress zu haben scheinen. Keine Zusammenhänge finden Brodaty et al. mit Geschlecht, Qualifikation und Wochenarbeitszeit der Pflegepersonen.

Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten scheint unabhängig von tatsächlich vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten des Patienten zu sein. Es zeigen sich aber Zusammenhänge mit Einstellung der Pflegepersonen und anderen individuellen Variablen, wobei zu diesen zum Teil unterschiedliche Ergebnisse vorliegen. Eine einheitlich positive Wirkung scheinen aber konzeptuelle Hintergründe der Pflege zu haben, die ihren Schwerpunkt auf einen individuellen, personenzentrierten Zugang zum Patienten legen und eine gute Patient – Pflegeperson - Beziehung in den Mittelpunkt stellen. Maßnahmenvorschläge, welche die Belastungen in der Pflege demenzkranker Patienten reduzieren helfen sollen, beziehen sich in erster Linie auf Schulung, Fortbildung und Unterstützung der Pflegepersonen.

⁵ Näheres zum personenzentrierten Zugang siehe 5.1

Rundqvist und Severinsson (1999) betonen die Wichtigkeit von Kompetenz und Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit demenzkranken Patienten. Diese sollten den Pflegepersonen durch theoretische Ausbildung und Supervision vermittelt werden. Die Trainingsprogramme, die Bauer Alfredson und Annerstedt (1994) in ihrer Studie implementierten und die sowohl psychodynamische Konzepte zum Beziehungsaufbau als auch medizinische Informationen zur Demenzerkrankung und ihrer Behandlung umfassten, führten beim Pflegepersonal nicht nur zu einem größeren Wissen, sondern auch zu einer Einstellungsänderung, einer professionelleren Haltung gegenüber den Patienten, einer höheren Arbeitsmotivation und verbesserten Arbeitsqualität. Pflegepersonen sollten dahingehend unterstützt werden, dass sie das Verhalten des Patienten besser zu interpretieren lernen und eine kooperative Beziehung zum Patienten herstellen können. Auch das würde helfen, Belastungen beim Personal zu reduzieren und die Pflegequalität zu verbessern (Hallberg & Norberg, 1995).

5 Pflegekonzepte

In der Betreuung von Demenzpatienten haben sich im Laufe der Zeit unterschiedliche Pflegekonzepte entwickelt. Diese Pflegekonzepte weisen verschiedene Schwerpunkte mit unterschiedlichen Zielsetzungen auf. Im folgenden Teil soll ein kurzer Einblick in die wichtigsten dieser Konzepte gegeben werden.

5.1 Personenzentrierte Ansätze im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen

Zu den personenzentrierten Ansätzen gehören jene Pflegekonzepte, die den Menschen als Individuum sehen und seine Bedürfnisse in den Vordergrund rücken. Es wird bei diesen Konzepten versucht, den Menschen und sein Umfeld als eine Einheit zu betrachten und ihn dementsprechend ganzheitlich zu unterstützen. Detaillierter ausgeführt werden dazu der Ansatz von Tom Kitwood mit der Dementia Care Mapping Methode, die Validation nach Naomi Feil, das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm und das mäuseutische Pflegekonzept von Cora van der Kooij.

5.1.1 Der Ansatz von Tom Kitwood und die Dementia Care Mapping Methode

Tom Kitwood, Psychologiedozent an der Universität Bradford in England und Leiter der „Bradford Dementia Group“, sorgte mit seinen Arbeiten für einiges Aufsehen. Die Kernaussage von Kitwood (2005) lautet: „Im Kern geht es bei der Demenz um das Personensein des Menschen. Dies gilt nicht nur für Menschen mit Demenz, sondern auch für die Betreuenden und Pflegenden, die Therapeuten und die Mediziner.“ (S.9).

Aus seinen Beobachtungen und seiner langjährigen Erfahrung mit der Bradford Dementia Group entwickelte Kitwood den *person-zentrierten Ansatz*. In diesem setzt er sich vor allem für die Beachtung des subjektiven Erlebens der Demenz aus Sicht des Betroffenen ein. Kitwood überdenkt radikal den Begriff „Demenz“ und gründet mit seinem person-zentrierten Ansatz eine neue Kultur der Demenzpflege, die sich stark von der alten Pflegekultur abhebt.

In Tabelle 7 werden die zwei verschiedenen Kulturen der Demenzpflege einander gegenübergestellt:

Tabelle 7: Zwei Kulturen der Demenzpflege (Kitwood, 2005, S.194)

Alte Kultur	Neue Kultur
Allgemeine Sichtweise der Demenz	
Die primär degenerativen Formen der Demenz sind verheerende Krankheiten des Zentralnervensystems, in deren Verlauf Persönlichkeit und Identität nach und nach zerstört werden.	Zur Demenz führende Erkrankungen sollten primär als Formen der Behinderung gesehen werden. Wie ein Mensch dadurch beeinträchtigt wird, hängt ganz entscheidend von der Qualität der Pflege ab.
Bedeutendste Wissensquelle	
Ärzte und Hirnforscher sind diejenigen, die in Bezug auf Demenz über das zuverlässigste, am besten begründete und relevanteste Wissen verfügen. Wir sollten uns ihrem Urteil beugen.	Geschickte, erfahrene und verständnisvolle Pflegepraktiker/Innen sind diejenigen, die in Bezug auf Demenz über das zuverlässigste, am Besten begründete und relevanteste Wissen verfügen.
Stellenwert der Forschung	
Bis zu einem Durchbruch in der Medizin können wir für eine Person nicht viel tun. Daher ist dringend sehr viel mehr biomedizinische Forschung notwendig.	Es gibt eine Menge Dinge, die wir durch Erweiterung menschlicher Einsicht und Erfahrung jetzt tun können. In diesen Punkten besteht der dringendste Forschungsbedarf.
Was die Fürsorge mit sich bringt	
Der Pflege geht es im wesentlichen um Dinge wie das Schaffen einer sicheren Umgebung, die Befriedigung von Grundbedürfnissen (sich ernähren, sich kleiden, ausscheiden, sich warmhalten, reinlich sein, ausreichend schlafen, etc.) und um eine kompetente Körperpflege.	Der Pflege geht es im wesentlichen um Erhalt und Stärkung des Personenseins. Das Schaffen einer sicheren Umgebung, die Befriedigung von Grundbedürfnissen und die Körperpflege sind allesamt essentiell, aber nur ein Teil der Pflege des ganzen Menschen.
Prioritäten des Verstehens	
Es ist wichtig, sich präzise über die Beeinträchtigung einer Person im klaren zu sein, vor allem über die kognitiven. Der Verlauf einer zu Demenz führenden Erkrankung kann in Stadien des Verfalls dargestellt werden.	Es ist wichtig, sich präzise über die Fähigkeiten, Geschmacksrichtungen, Interessen, Wertvorstellungen und Formen der Spiritualität einer Person im klaren zu sein. Es gibt ebenso viele Manifestationen von Demenz, wie es Menschen mit Demenz gibt.

Problematisches Verhalten

Zeigt eine Person ein Problemverhalten, so muss technisch gut und effizient damit umgegangen werden.

Jedes sogenannte Problemverhalten sollte primär als Versuch der Kommunikation im Zusammenhang mit einem Bedürfnis gesehen werden. Es bedarf des Versuchs, die Botschaft zu verstehen und so auf das unbefriedigte Bedürfnis einzugehen.

Gefühle der Betreuenden

Der Kernpunkt des Pflegeprozesses besteht darin, unsere eigenen Sorgen, Gefühle, Verletzlichkeiten etc. zur Seite zu stellen und die Arbeit auf vernünftige und effiziente Art zu erledigen.

Der Kernpunkt des Pflegeprozesses besteht darin, mit unseren eigenen Sorgen, Gefühlen, Verletzlichkeiten etc. in Kontakt zu stehen und sie in positive Ressourcen für unsere Arbeit umzuwandeln.

Laut Kitwood (2005) ist eine Demenzerkrankung nicht unbedingt eine Folge steter Verschlechterung, die in progressive Stadien eingeteilt werden kann, wie es in der „alten“ Kultur der Demenzpflege erfolgt, sondern demenzkranke Menschen können einzelne Erlebensbereiche auch mehrfach durchlaufen.

Nach Kitwood (2005) können drei *Hauptkategorien des negativen Erlebens* unterschieden werden: Den ersten Erlebensbereich bilden *Gefühle*, die mit einer spezifischen Bedeutung assoziiert werden (z.B. Angst vor dem Verlassensein, Gefühl der Nutzlosigkeit, Wut über die Demenz, etc.). Den zweiten Bereich bilden „*allgemeine Zustände*“. Zu dieser Gruppe gehören die Emotionen „Schrecken“, „Elend und Leid“, „Wut“ und der Zustand der allgemeinen Verwirrtheit („Chaos“). Diese zwei Bereiche sind reversibel. Der dritte Erlebensbereich jedoch, der von Kitwood als „*Stadien des Ausgebranntseins*“ bezeichnet wird, ist meist irreversibel. Diese Stadien umfassen den Zustand der Verzweiflung, der Depression, des Vegetierens, der Erschöpfung und der Apathie.

Um den an Demenz erkrankten Personen eine bessere Lebensqualität zu bieten, ist es wichtig, auf ihre *psychischen Bedürfnisse* einzugehen. Kitwood (2005) postuliert fünf große Bedürfnisse: Trost, Identität, Beschäftigung, Einbeziehung und Bindung. Diese überschneiden sich und vereinen sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe (Abbildung 2).

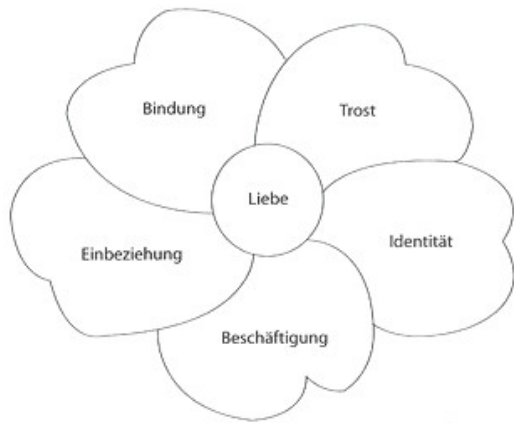


Abbildung 2: Darstellung der fünf großen Bedürfnisse (Kitwood, 2005, S. 121)

In der Praxis stellt es sich als äußerst schwierig dar, in die Erlebenswelt von demenzkranken Menschen vorzudringen, da ihr sprachliches Ausdrucksvermögen und ihre kognitiven Fähigkeiten in der Regel eingeschränkt sind. Als Folge sind sie selbst nicht mehr in der Lage, über ihre persönlichen Erfahrungen mit der Krankheit zu berichten.

Kitwood (2005) nennt sieben unterschiedliche *Zugangswege*, um einen Einblick in die subjektive Welt der Demenz zu gewinnen (Kitwood, 2005, S. 111-118):

1. *Berichte sammeln*, die Menschen in einer Phase der Demenz geschrieben haben, als ihre kognitiven Fähigkeiten noch weitgehend erhalten waren.
2. *Ungeteiltes Zuhören*, wenn sich die betroffenen Menschen beispielsweise in *vorgegebenen Situationen*, wie in einem Interview oder in einer Gruppenarbeit, äußern.
3. *Aufmerksames Zuhören in alltäglichen Situationen*.
4. *Beobachtung* von Verhalten und Handlungsweisen Demenzerkrankter und der Versuch daraus zu lernen.
5. *Befragung* von Menschen, die an einer Krankheit mit demenzähnlichen Symptomen erkrankt waren, wie beispielsweise an Meningitis/Depression.
6. Einsatz der eigenen *poetischen Vorstellungskraft*.
7. Das *Rollenspiel*, um sich in die Situation Demenzkranker hineinzufühlen.

In dem person-zentrierten Ansatz wird der pflegenden Person eine sehr große Aufgabe zugeschrieben. Das Ziel der Interaktion zwischen der Pflegenden und dem Betroffenen ist es, den an Demenz Erkrankten als Person zu stärken. Anerkennen, Verhandeln,

Zusammenarbeiten, Spielen, Stimulation, Feiern, Entspannen, Validation, Halten, Erleichterung, Schöpferisch sein und Geben sind Interaktionsarten, um dieses Ziel zu erlangen (Kitwood, 2005).

Von diesem Fundament von Annahmen ausgehend entwickelte Kitwood die „*Dementia Care Mapping Methode (DCM)*“.

Diese Methode basiert auf dem von Kitwood begründeten person-zentrierten Ansatz, d.h. der Mensch, der an Demenz erkrankt ist, steht als Person im Vordergrund und nicht die Krankheit. Die ganze Aufmerksamkeit gilt der Unterstützung und dem Erhalt des Personseins. Dieser Ansatz wurde 1992 in Bradford zum ersten Mal praktisch umgesetzt. 1997 hielt die DCM auch Einzug in Deutschland. DCM bzw. das Abbilden von Demenzpflege, ist ein Verfahren zur Evaluation und Entwicklung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. DCM möchte den praktischen Pflegeprozess möglichst objektiv, verlässlich und genau abbilden. Hierfür begleiten ausgebildete DCM-Beobachter (sog. Mapper) den Alltag von an Demenz erkrankten Personen, und versuchen, ihr Handeln und Befinden in der Einrichtung zu beschreiben. Dazu werden vereinheitlichte Kodierungen verwendet. Anschließend gibt der Mapper dem Pflorgeteam eine Rückmeldung von seinen Beobachtungen und entwickelt dann mit dem Team konkrete Verbesserungsvorschläge (Innes, 2004).

5.1.2 Der Ansatz von Naomi Feil – Validation

Die Validationstherapie („validation therapy“) wurde von der Amerikanerin Naomi Feil begründet und zählt neben dem personenzentrierten Zugang auch zum verstehenden Zugang (Weis & Weber, 1997) bzw. zu den emotionszentrierten Behandlungsansätzen (Maercker, 2002). Bei der „verstehenden“ Zugangsform wird angenommen, dass

... dementiell Erkrankte bis in späte Krankheitsphasen hinein ihre Defizite und Schwierigkeiten in ihrer kognitiven Steuerungsfähigkeit, in der Alltagsbewältigung und in ihrer sozialen Kompetenz wahrnehmen und erleben können (wenn auch nicht rational reflektieren) und entsprechend emotional darauf reagieren. Die zentrale Bedeutung der emotionalen Zuwendung, die häufig wichtiger wird als die Orientierung in der Realität (der Gesunden) ergibt sich hierbei von selbst. (Weis & Weber, 1997, S. 1157)

In der Validation wird das dementiell veränderte Verhalten als Versuch des an Demenz erkrankten Menschen gedeutet, zurückliegende Konflikte und Lebenskrisen zu verarbeiten. „Das scheinbar verwirrte Verhalten sei im Sinne einer Flucht aus der Realität zu verstehen, um sich vor den damit verbundenen schmerzlichen Erfahrungen zu schützen.“ (Weis & Weber, 1997, S. 1163).

Validation ist eine Kombination aus:

- einer grundlegenden, einfühlsamen Einstellung
- einer Entwicklungstheorie für alte, mangelhaft/unglücklich orientierte und desorientierte Menschen, die uns hilft, ihr Verhalten zu verstehen
- einer spezifischen Technik, die diesen Menschen hilft, ihre Würde wiederzugewinnen (Feil & de Klerk-Rubin, 2005, S.15)

Mit Hilfe dieser Grundeinstellung versucht die Validation verschiedene Langzeitziele in der Betreuung von demenzkranken Patienten zu erreichen:

- Dazu beitragen, dass ältere Personen möglichst lange in ihren eigenen Wohnungen bleiben können.
- Wiederherstellen des Selbstwertgefühls
- Reduktion von Stress
- Rechtfertigung des gelebten Lebens
- Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit
- Reduktion chemischer und physischer Zwangsmittel
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren (Feil & de Klerk-Rubin, 2005, S.15)

Die Techniken der Validation gelten als einfach zu erlernen und anzuwenden und richten sich in ihrer Verwendung nach dem jeweiligen Stadium der Demenzerkrankung. Sie reichen von sprachlichen Methoden wie dem Einsatz von Extremen, Gegenteiligen, nichtwertenden Wörtern, unbestimmten Fürwörtern und einer sanften, liebevollen Sprache bis hin zu nonverbalen Maßnahmen wie dem Spiegeln von Bewegungen oder dem gezielten Anreiz durch Berührungen und Musik (Feil, 2001).

Validation findet mittlerweile in sehr vielen Pflegeeinrichtungen Anwendung und viele Pflegepersonen, die auf Demenzstationen arbeiten, besuchen Fort- und Weiterbildungen zu diesem Thema.

Zur Evaluierung der Validation liegen nur wenige wissenschaftliche Studien vor (Woods, 1999, nach Radzey & Heeg, 2001). Schrijnemaekers (1995, nach Radzey & Heeg, 2001) betont, dass die durchgeführten Studien methodische Mängel wie zu kleine Gruppen, nichtstandardisierte Messinstrumente, usw. aufweisen. Generell löst Validation als Methode Kritik aus, da sie fast ausschließlich intuitiv begründet wird (Müller 1994, nach Radzey & Heeg, 2001). In Tabelle 8 sind die Ergebnisse einiger nicht veröffentlichter Studien aufgelistet.

Tabelle 8: *Effekte Validation (Müller 1994, nach Radzey & Heeg, 2001, S. 24)*

Effekte Validation
Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten
unausgedrücktes Verhalten kommt an die Oberfläche
Verlangsamung des Verwirrtheitsprozesses
signifikante Verhaltenseffekte

Die starke Verbreitung des Validationsansatzes beruht laut Müller (1994, nach Radzey & Heeg, 2001) auf dem menschlichen, gefühlsbezogenen und verstehenden Umgang mit Demenzpatienten.

Günther (2004) evaluierte ein Validations-Anwender-Seminar von 16 Teilnehmern mittels Fragebogen zur Feststellung von qualitativen Veränderungen im Umgang mit demenzkranken Patienten. Die Untersuchung zeigte, dass es aus Sicht der Patienten durch die Validationsanwendung zu einem geringeren Stressempfinden, einer Verminderung von Konfliktsituationen und einer erhöhten Zufriedenheit kam. Eine angenehmere Pflegesituation, ein Gefühl der erhöhten Sicherheit im Umgang mit demenzkranken Patienten und ein verringertes Belastungsempfinden zählten zu den qualitativen Verbesserungen auf Seite des Pflegepersonals.

Günther (2004) zeigt die Vorteile von Validation und ihre Auswirkungen auf die Beziehungsarbeit in der Pflege auf (Abbildung 3):

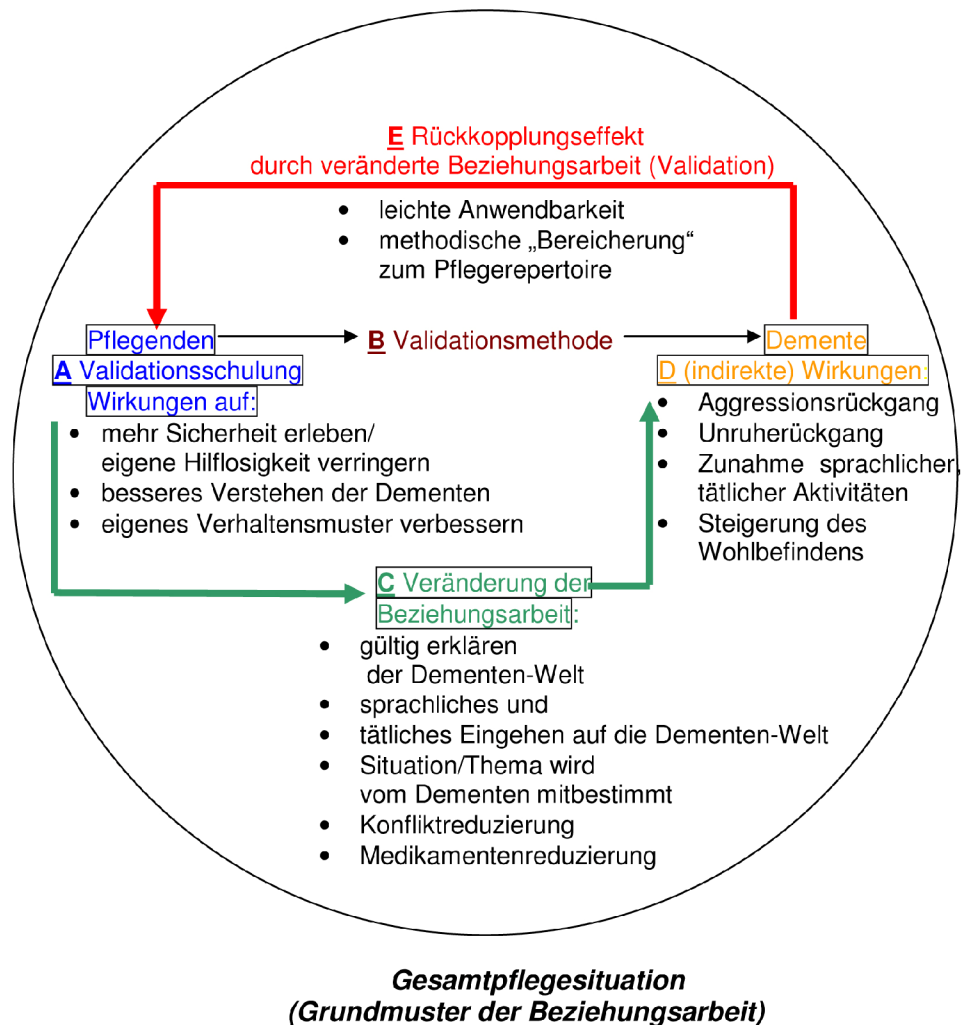


Abbildung 3: Grundmuster der Beziehungsarbeit (Günther, 2004)

5.1.3 Der Ansatz von Erwin Böhm – das psychobiographische Pflegemodell

Der Fokus des psychobiographischen Pflegemodells nach Böhm liegt vor allem auf den strukturellen Bedingungen der Altenpflege. Der aus Österreich stammende Pflegeforscher Erwin Böhm betont nicht nur den Handlungsspielraum, in dem sich die Pflegeperson bewegt, sondern auch die persönliche Handlungskompetenz, die Persönlichkeitsstruktur, und die individuellen Altenbilder des Pflegepersonales (Sittner, 2005).

Böhm versucht, die Verhaltensweisen von verwirrten und desorientierten Menschen zu erklären. Das Ziel seines Pflegemodells ist es, den Menschen zu stabilisieren und zu reaktivieren. Damit ist auch die Selbstständigkeit der Psyche gemeint, denn wenn das Wohlbefinden des Patienten gehoben wird, steigt auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter (Böhm, 2004). In Böhms Ansatz kommt auch der *Biographiearbeit* ein hoher

Stellenwert zu. Anhand dieser soll die Aktivierung des Patienten stattfinden und das Verständnis für das Verhalten des erkrankten Menschen gefördert werden.

Böhm (2004) postuliert in seinem psychobiographischen Modell, dass die Betroffenen nicht mehr über den kognitiven Zugang, der sogenannten „Welt der Dinge“ (Noopsyche) erreicht werden können, sondern nur über die „Welt der Gefühle“. In diesem Sinne definiert er die *Thymopsyche* „...als jenen Anteil der Seele, der vorwiegend mit den Gefühlen zu tun hat“ (Böhm, 2004, S.278). Die *Noopsyche* ist vor allem für unsere kognitiven Leistungen zuständig und bildet den rationalen Teil unserer Seele. Böhm postuliert, dass man in einer Mischung zwischen thymopsychischer Empfindung und noopsychischer Reaktion lebt. Die noopsychische Reaktion dient sozusagen als Copingstrategie. Das Ziel der Pflege sollte es deshalb sein, diese oft durcheinander geratenen Seelenanteile strukturieren zu helfen.

Ein weiterer Begriff, den Böhm formte, ist das „*Normalitätsprinzip*“ (Böhm 2004). Dieses Prinzip besagt, dass jeder Mensch durch seine Sozialisation, Kultur und Erfahrung geprägt wird. Zusammen ergeben diese Faktoren eine individuelle Lebensform, auf der sich dann das Gerüst des „normalen“ Verhaltens aufbaut. Oftmals erscheint dieses dem Außenstehenden von den eigenen Vorstellungen abweichend, und genau deshalb ist es umso wichtiger, die Lebensgeschichte des Patienten genau zu kennen und gegebenenfalls verständnisvoll und empathisch darauf zu reagieren. Um die Lebensgeschichte des Patienten besser verstehen zu können, ist es essentiell, die *Prägung* der jeweiligen Person in der Pflege zu berücksichtigen. Nach Böhm (2004) ist die Prägung die „Begründung dafür, dass die auf den Menschen ... einwirkenden Einflüsse nicht bloß als vorübergehende (befristete) Reize, sondern auch auf Dauer nachhaltig gestaltend und umgestaltend wirken“ (S.273). So unterscheidet Böhm (2004) z.B. die Prägung einer bürgerlichen Familie, einer Arbeiter- oder Bauernfamilie, welche unterschiedlichen pflegerischen Interventionen bedürfen. Einen ganz besonderen Einfluss auf die Prägung hat die „Folklore“. Unter Folklore ist das „Wissen des Volkes“ gemeint (Böhm, 2004, S. 263). Es sind „Aphorismen und Sprüche aus der Zeitepoche, die wir von unseren Patienten lernen sollten. ... [Sie sind] erfundene Lebensweisheiten, die geprägt sind und in der Therapie als Reize zur Vigilanzsteigerung eingesetzt werden können“ (Böhm, 2004, S. 263).

Böhm hat mit seinem psychobiographischen Pflegemodell einen wichtigen Anstoß in der Altenpflege gegeben. Viele Pflegestationen haben beispielsweise einen Biographiebogen des Patienten eingeführt und teilweise wird auch versucht, das stationäre Umfeld dem gewohnten Lebensumfeld eines betagten Menschen besser anzupassen (z.B. durch ältere Möbelstücke), um den Patienten ein besseres „Daheim-Gefühl“ geben zu können (Böhm 2004).

5.1.4 Das mäeutische Pflegekonzept

Das mäeutische Pflegekonzept wurde von Cora van der Kooij begründet und wird oft auch „*erlebnisorientierte Pflege*“ genannt. Die Grundlage dieses Konzeptes stammt von Tom Kitwoods personenzentrierter Pflege (Sittner, 2005).

Van der Kooij wollte kein neues Konzept entwickeln oder eine Ideologie begründen, sondern die Anwendung neuer Erkenntnisse und kreativer Ideen fördern. Sie sieht die neu entwickelten Ansätze wie zum Beispiel Validation, basale Stimulation, Snoezelen, die den Zugang zu altersverwirrten Menschen, dementen Menschen erleichtern sollen. (Sittner, 2005, S.113)

Der Begriff Mäeutik geht auf die Wurzeln Sokrates zurück und heißt wörtlich übersetzt „Hebammenkunst“, welche genutzt wird, um den Menschen tiefere Einsichten bewusst zu machen (Sittner, 2005).

Die Basis des mäeutischen Modells ist die Ich-Du-Beziehung mit dem Ziel, einen Kontakt bzw. eine Beziehung zum Patienten herzustellen. Darüberhinaus wird die Teamkommunikation und Teamreflektion gefördert.

Folgende Instrumente stehen der Mäeutik zur Verfügung (Sittner, 2005):

1. *Der Beobachtungsbogen*: bestehend aus einer umfassenden Fragensammlung zur Biographie und zu den Gewohnheiten des Betroffenen, zur Persönlichkeit und Charakteristik, zur Phase der Demenz und zu den Kontaktmöglichkeiten.
2. *Die Pflegekarte*: Hier wird auf die Persönlichkeitsbeschreibung, Umgangsempfehlung, Pflegeprobleme, Rolle der Familie und Berichtspunkte der Pflege eingegangen.
3. *Die bewohnerbezogene Besprechung*: Diese wird in regelmäßigen Abständen gehalten und dient der Reflexion und Evaluation der Pflege und Betreuung des an Demenz erkrankten Patienten.

5.2 Kognitive Behandlungsansätze

Diese Ansätze versuchen die Funktionsfähigkeit des Gedächtnisses sowie andere kognitiven Fähigkeiten zu verbessern und aufrecht zu erhalten. Die am häufigsten hierzu verwendeten Methoden sind das Realitäts-Orientierungs-Training und die Reminiszenz- oder Erinnerungstherapie.

5.2.1 Das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)

Das Realitäts-Orientierungs-Training ist der am längsten eingeführte und am besten erforschte Behandlungsansatz. Es gehört zu den am häufigsten angewendeten Verfahren in der aktivierenden Therapie von Demenzkranken. Die Vorteile des ROT sind vor allem die klaren Anleitungen und Richtlinien zur Durchführung. Dies ermöglicht es auch Personen ohne spezifische berufliche Qualifikation, die Grundzüge des Trainings anzuwenden. Haupteinsatzgebiet sind aber Institutionen der stationären Altenpflege. Dieses Pflegekonzept eignet sich vor allem für Patienten mit einer beginnenden bis leicht fortgeschrittenen Demenz (Weis & Weber, 1997).

ROT setzt sich gewöhnlich aus *zwei Hauptkomponenten* zusammen: dem 24-Stunden-ROT und den ROT-Sitzungen.

24-Stunden-ROT bedeutet, dass mithilfe von Schildern, Kalendern, Uhren und Informationstafeln die Umgebung als unterstützende Hilfe zur Orientierung modifiziert wird.

Die Mitarbeiter werden trainiert,

- effektiv und kontinuierlich mit den Patienten zu kommunizieren,
- auf Fragen mit geeigneten orientierenden Informationen zu antworten und
- generell für ein anregendes und engagiertes soziales Umfeld zu sorgen, ein Umfeld, auf das eine Orientierung sich auch lohnt. (Maercker, 2002, S. 342)

ROT-Sitzungen werden meist in kleinen strukturierten Gruppensitzungen durchgeführt, die etwa 30-45 Minuten dauern und mehrmals die Woche angeboten werden. Der Schwerpunkt liegt vor allem auf der Orientierung und den aktuellen Ereignissen, wobei verschiedene

Abrufsignale und Auslöser verwendet werden, wie z.B. Musik, Zeitungen, Informationstafeln, Tagebücher, Gegenstände, Bilder, Puzzles, usw. (Maercker, 2002).

Laut Woods (1999, nach Radzey & Heeg, 2001) liegt für das Realitäts-Orientierungs-Training verglichen mit anderen Methoden am meisten wissenschaftliche Literatur vor. Als Kritik muss jedoch angeführt werden, dass die Mehrzahl der Studien zwar eine Kontrollgruppe aufweist, es jedoch keine Randomisierung der Versuchsgruppen gibt. In Tabelle 9 werden die Forschungsergebnisse von Woods, Portnoy, Head & Jones (1992, nach Radzey & Heeg, 2001) dargestellt.

Tabelle 9: *Effekte ROT (Woods et al., 1992, zitiert nach Radzey & Heeg., 2001, S. 22)*

Effekte Realitäts-Orientierungs-Training
Es konnte eine Verbesserung der verbalen Orientierung, d.h. Fragen werden realitätsgerecht beantwortet, festgestellt werden. Allerdings sind die Effekte nur kurzfristig und nicht überdauernd (nach Absetzen des ROT wird der vorhergehende Ausgangswert rasch wieder erreicht).
Es lassen sich kaum generelle kognitive Verbesserungen oder Verhaltensänderungen (ADL ⁶) feststellen und positive Ergebnisse stellen eher eine Ausnahme dar.
Die Lebenszufriedenheit kann bei ROT durch die erzwungene permanente Konfrontation mit der Realität sinken, weil die Betroffenen ihrer Defizite ständig gewahr werden.
ROT eignet sich nicht als isolierte Maßnahme; selbstständigkeitsförderndes Personal und Milieu sind essentiell.
Die Untersuchungen zu ROT zeigen, dass das Training individuell ausgerichtet werden muss und Ziele eindeutig und genau auf den jeweiligen dementiellen Erkrankten passend definiert werden müssen (d.h. während es z.B. für den einen wichtig ist zu lernen, die Toilette zu finden, ist es für den anderen wichtig, sich über den Tag hinweg zeitlich zu orientieren).

Aufgrund der wissenschaftlichen Ergebnisse und der Tatsache, dass es kaum zu Verhaltensänderungen kommt (es werden eher Antworten auswendig gelernt und reproduziert), wurden neue Alternativen für das ROT gesucht und entwickelt, wie beispielsweise die Validation (Radzey & Heeg, 2001).

⁶ ADL= „Activities of daily living“

5.2.2 Die Reminiszenz- oder Erinnerungstherapie

Im Rahmen der Reminiszenz- (REM) oder Erinnerungstherapie (RT) werden länger zurückliegende Erinnerungen mit Absicht benutzt, den Patienten emotional einzubeziehen. Dies dient vor allem zur Verbesserung der Kommunikation und Interaktion.

Die *Lebensrückblick-Therapie* beinhaltet eine Beurteilung und Integration von älteren Erinnerungen. Sie wird am besten im Zweiergespräch mit dem Patienten vorgenommen. Individuelle Reminiszenzarbeit versucht, das Bewusstsein der eigenen Identität bei den an Demenz erkrankten Menschen zu stärken. Es gibt auch die Möglichkeit, Reminiszenzarbeit in Gruppen zu gestalten, was oftmals eine unterhaltsame Aktivität darstellt und als gute Basis für soziale Interaktionen dient. Bei der Reminiszenzarbeit werden unterschiedliche Auslöser für Erinnerungen verwendet: Musik, Fotografien, Zeitungen, Archivtonbänder, Filmaufnahmen sowie andere Gegenstände und Erinnerungsstücke aus der persönlichen Vergangenheit. Ziel ist es, autobiografische Erinnerungen auszulösen und nicht historische Ereignisse zu besprechen (Maercker, 2002).

Radzey und Heeg (2001) betonen, dass es „die“ Reminiszenztherapie anscheinend nicht gibt. Es sei vielmehr eine Ansammlung von verschiedenen Interventionsmethoden, die alle den Schwerpunkt auf Vergangenheitsinhalte legen. Dennoch liegen einige wissenschaftlichen Ergebnisse zur RT vor (Tabelle 10).

Tabelle 10: *Effekte Reminiszenztherapie (Radzey & Heeg, 2001, S. 23)*

Effekte Reminiszenztherapie
Durch die Reminiszenztherapie scheinen Ängstlichkeit und Depressivität verringert und eine Verbesserung im Sozialverhalten erzielt zu werden. Allerdings sind die Ergebnisse nicht konsistent.
Ein wesentlicher Einflussfaktor scheint die Erfahrung des Gruppenleiters mit der Methode zu sein.
Ein wichtiger Aspekt der REM ist der „Nebeneffekt“, indem die Pflegenden die dementiell Erkrankten besser kennen lernen.

Woods et al. (1992, nach Radzey & Heeg, 2001) betonen jedoch, dass nicht alle betagten Menschen reminiszieren wollen und deshalb individuelle Wünsche bei der Aktivitätengestaltung wahr genommen werden müssen.

5.3 Umsetzung der Konzepte in der Praxis

Nach Betrachtung der wissenschaftlichen Evaluierung der Effekte der unterschiedlichen Konzepte für den Umgang mit demenzkranken Menschen kann festgestellt werden, dass bei einzelnen therapeutischen Interventionen eine Maßnahmenwirkung beobachtet werden konnte. Es kann jedoch keine generelle Aussage getroffen werden und es bleibt deshalb noch offen, welche Intervention für welchen Patienten geeignet ist (Beck, 1996, nach Radzey & Heeg, 2001).

Aufgrund dieser Feststellung werden die meisten Konzepte in der Praxis gemischt durchgeführt. Laut Sittner (2005) kommen die unterschiedlichen Betreuungsansätze in den wesentlichen Aussagen zu sehr ähnlichen Schlussfolgerungen, zumal in der Praxis sehr oft eine Kombination der unterschiedlichen Ansätze stattfindet. Beispielsweise wird häufig der Ansatz der Realitätsorientierung mit dem Validationsansatz kombiniert. Angenommen ein Patient ist leichtgradig dement und profitiert noch vom Realitätsorientierungstraining, dann kann eine Betreuungsperson dieses Training in Kombination mit ihrer validierenden Grundhaltung durchführen, ohne dass es einen Widerspruch gibt. Reminiszenzarbeit und Biographiearbeit finden ebenfalls oft Einzug in die Pflegestationen und werden mit Validation bzw. Realitätsorientierungstraining kombiniert angeboten. Es gibt aber auch Stationen, die sich hauptsächlich auf einen Ansatz konzentrieren, wie etwa die Validationsstationen.

Aus Sicht des Patienten scheint es wichtig zu sein, für seine Bedürfnisse und seine jetzige Situation eine individuell angepasste Betreuung anzubieten, die sich im Laufe der Zeit auch ändern kann (Sittner 2005).

Normann, Asplund und Norberg (1999) stellten in einer Untersuchung fest, dass diplomierte Pflegepersonen, die post-graduelle Fortbildungen besuchten und in ein Gruppenpflegesetting integriert waren, öfters personenzentrierte Ansätze auswählten, als solche mit Bezugspflege und ohne Fortbildungen. Das Gruppensetting scheint die Reflexion im Umgang mit den Demenzpatienten zu fördern und so die Wahl eines personenzentrierten Ansatzes zu unterstützen.

Von all den genannten Ansätzen ist der person-zentrierte Ansatz von Kitwood in Österreich noch am wenigsten verbreitet. Es gibt jetzt jedoch vermehrt Kongresse und Veranstaltungen, welche die „neue“ Kultur der Demenzpflege vorstellen und Umsetzungsvorschläge weitergeben.

6 Das Problemfeld „Autonomie des demenzkranken Patienten“

Die Selbstbestimmung des geriatrischen, insbesondere des demenzkranken Patienten ist in der Gesellschaft und in berufsethischen Diskussionen der Medizin und Pflege ein sehr aktuelles Thema. In der Pflegeliteratur gibt es bereits einige theoretische Abhandlungen zu diesem Bereich, die sich auch in praxisrelevanten Umsetzungen wiederfinden. Die Auseinandersetzung mit der Autonomie des demenzkranken Patienten stellt hierbei ein eigenes (Problem-)Feld dar, das sich durchaus lohnt, es in einer Sonderstellung zu sehen. Für eine intensivere Betrachtung dieses Problemfeldes bedarf es, sich im Vorfeld mit einigen grundlegenden Gedankengängen zu beschäftigen.

6.1 Allgemeine Einführung in die ethischen Probleme der Demenz

Lauter (1993) gibt in seinem Beitrag zu den ethischen und juristischen Problemen der Demenz folgende Einleitung: „Viele ethische Maximen der Heilkunde sind durch allgemeine Rechtsgrundsätze geschützt, die in der Verfassung, den Grundlagen des Straf- und Zivilrechts oder den Empfehlungen und Deklarationen von Ärzteorganisationen niedergelegt sind.“ (S. 76). Die Beachtung dieser Maxime führt allerdings häufig zu Problemen, besonders wenn es darum geht, verschiedene Grundsätze gegeneinander abzuwägen.

Als besonders schwerwiegend beschreibt Lauter (1993) „Wertekonflikte, bei denen das Wohl des Patienten gegen sein Recht auf Selbstbestimmung abzuwägen ist“ (S. 76). Probleme dieser Art treten häufig bei psychisch Kranken, insbesondere bei der Betreuung Demenzkranker auf. Die Symptome und Besonderheiten der Demenz bewirken, dass der Betroffene oft nicht mehr in der Lage ist, Situationen richtig einzuschätzen und Entscheidungen zu seinem Wohl zu treffen. In Folge übernehmen Angehörige und Pflegepersonen diese Aufgabe, was aber leider häufig dazu führt, dass „eine Fülle von Alltagsentscheidungen aber auch von Maßnahmen, die . . . die persönliche Freiheit des Patienten berühren, immer mehr über den Kopf des Betroffenen hinweg gefällt werden . . .“ (Lauter, 1993, S. 77).

Dieser Betreuungsstil dient nicht nur einer „Abwendung von Gefahren“ sondern auch einer „Erleichterung des Umgangs“ und führt zu einem „Übermaß an Protektivität“ (Lauter, 1993, S. 77). Dies führt wiederum dazu, dass erhaltene Fähigkeiten des Patienten verkümmern und seine Abhängigkeit zunimmt. Von Seiten der Betreuungspersonen sinkt der Respekt vor der Individualität des Betroffenen.

Die Selbstbestimmung des Patienten darf also nur dort eingeschränkt werden, wo dies im Hinblick auf konkrete Gefahren eines Fehlverhaltens oder auf die Grenzen der Belastbarkeit Dritter unerlässlich ist. Dies klingt zwar einleuchtend und selbstverständlich. Um so mehr muß uns aber beunruhigen, dass die Verwirklichung dieser ethischen Maximen keineswegs die Regel ist, weil für die familiäre und institutionelle Betreuung von Demenzkranken keine ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung stehen (Lauter, 1993, S. 77).

Neben diesen Problemen im Umgang mit demenzkranken Patienten nennt Lauter (1993) noch weitere Problemfelder wie die Forschung mit Demenzkranken, die Durchführung oder Unterlassung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen sowie die Rationierung ärztlicher und pflegerischer Leistungen.

Im Bewusstsein der zahlreichen ethischen Probleme, die eine Demenzerkrankung mit sich bringt, wird der weitere inhaltliche Schwerpunkt auf dem Problem des ethischen Umgangs mit demenzkranken Patienten insbesondere auf der Berücksichtigung der Selbstbestimmung (Autonomie) des Betroffenen von Seiten der Pflege liegen.

6.2 Der Begriff Autonomie

Der Begriff Autonomie wird heute meist verwendet „um Selbstbestimmung, Privatheit, individuelle Wahlmöglichkeit oder Willensfreiheit zu bezeichnen“ (Beauchamp & Childress, 1994, zitiert nach Arndt et al., 2002, S. 3).

Nach Bobbert (2002) müssen bei den meisten Autonomiekonzeptionen zwei Bedingungen erfüllt sein: „Freiheit bzw. Freiwilligkeit als eine gewisse Unabhängigkeit von kontrollierenden Einflüssen und Intentionalität als Fähigkeit, bestimmte Ziele zu setzen und zu verfolgen“ (S. 130).

Bobbert (2002) unterscheidet drei Bereiche von Autonomie: Autonomie als allgemeine Fähigkeit zur Selbstbestimmung, Autonomie im Sinne eines situationsbezogenen Vermögens in bezug auf Handlungen und Entscheidungen sowie Autonomie als Fähigkeit zu moralisch ausgerichteter Selbstbestimmung. Mit dieser Sicht von Autonomie setzt Bobbert allerdings voraus, dass sich ein Mensch über seine Wünsche und Ziele klar ist, eine Handlung bewusst und absichtlich vollziehen kann, die Bedeutung seines Tuns und daraus resultierende Folgen überblickt und dabei noch andere Menschen berücksichtigen kann.

Behält man diese Voraussetzungen vor Augen, wird schnell offensichtlich, dass eine Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Autonomie bezogen auf einen demenzkranken Menschen nicht einfach ist. Es bedarf einer Ausweitung der Definition.

Im Pflegekontext finden sich Definitionen, die zwischenmenschliche Beziehungen und das Treffen von Entscheidungen in den Mittelpunkt stellen.

Tronto (1993, nach Moser, Houtepen & Widdershoven, 2007) betrachtet Autonomie als Prozess zwischen Pflegepersonen und Patienten, der durch Offenheit und Reaktionsfreudigkeit dem anderen gegenüber gekennzeichnet ist. Auch Peplau (1991, nach Moser et al., 2007) betont eine prozessartige Interaktion, in der es die Aufgabe der Pflegeperson ist, den Patienten in seiner Autonomie zu unterstützen, so dass er lernt, mit seinen Problemen selbst umzugehen. Moody (1992, nach Moser et al., 2007) definiert Autonomie als Kommunikation im sozialen Umfeld. Nach Agich (2003, nach Moser et al., 2007) entsteht Autonomie im Kontext von Beziehungen zu anderen. Für Patienten in der Langzeitpflege besteht Autonomie aus für sie bedeutungsvollen Entscheidungen, die ihnen ermöglichen, ihre Individualität zu erhalten.

Interessant ist im Zuge einer Begriffsdefinition natürlich auch die Sicht der Patienten selbst zu diesem Thema. Arndt et al. (2002) befragten im Zuge eines BIOMED II-Forschungsprojekts 3219 Patienten aus unterschiedlichen europäischen Ländern und von verschiedenen Stationen und Pflegeeinrichtungen zu ihrem Verständnis von Autonomie. Es fanden sich vier Dimensionen des Autonomiebegriffs: Wählen, bestimmen, entscheiden, mitreden können; Handeln (besonders in Bezug auf die Sorge um sich selbst und den eigenen Körper); Bewegungsfreiheit (Gestaltung des Tagesablaufs); Kontrolle über die Privatsphäre (Informationen zur eigenen Person und zum Krankheitsgeschehen).

6.3 Die Bedeutung des Konstruktes Autonomie für die Pflege

Bobbert (2002) unterscheidet fünf der Autonomie zugeordnete Rechte des Patienten: ein Recht auf Zustimmung oder Ablehnung, ein Recht auf Information, ein Recht auf Festlegung des Eigenwohls, ein Recht auf Wahl zwischen „möglichen“ Alternativen und ein Recht auf eine „möglichst geringe“ Einschränkung des Handlungsspielraums durch Institutionen.

Kennt man die Diskussion über diese Rechte bislang in erster Linie aus der Medizin, sind diese dennoch genauso auf den Kontext der Pflege auslegbar. Auch bei pflegerischen Handlungen sollte der Patient das Recht haben, etwas abzulehnen, informiert zu werden und seine Bedürfnisse zu äußern. Institutionelle Gegebenheiten, der Wissensvorsprung der Pflegepersonen, die Beeinträchtigung und die daraus resultierende Abhängigkeit des Patienten gefährden laut Bobbert (2002) allerdings die Wahrung des Patientenrechts auf Achtung der Autonomie. Aufgabe der Pflegenden ist es daher, dieses Recht zu fördern,

... indem sie erkennen, wann ein Patient aufgrund seiner schlechten Verfassung aktuell nicht in der Lage ist, wissentlich und willentlich zu entscheiden bzw. wann er ‚gute Momente‘ hat; indem sie für nicht offen gestellte Fragen oder nicht explizit geäußerte Weigerungen sensibel sind; indem sie kontinuierlich Gesprächsbereitschaft signalisieren und die Patient(inn)en wiederholt dazu ermutigen, Fragen und Präferenzen zu äußern. (Bobbert, 2002, S. 145)

Ethische Konflikte in der Pflege entstehen nach Bobbert (2002) je nach Tätigkeitsbereich in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Pflegepersonen. Diese bewegen sich einerseits im direkten Kontakt zum Patienten andererseits auch im Kontakt zwischen Arzt und Patient sowie Angehöriger, Mitpatient bzw. Institution und Patient. In der direkten Pflege beinhalten Konflikte zum Beispiel die Zustimmung zu Pflegehandlungen, das Einholen von pflegerelevanten Informationen sowie die Weitergabe von Informationen und die Wahrnehmung und Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Im Kontext Pflegende – Patient – Arzt liegen Themen wie die Aufklärung über Diagnosen und die Mitverantwortung der Pflegeperson für den „Informed Consent“, die Zustimmung des Patienten zu medizinischen Behandlungen oder zu klinischer Forschung nach erfolgter Information.

Auch wenn Bobbert (2002) psychisch Kranke und an Demenz erkrankte Personen von ihren Betrachtungen zu dem Patientenrecht auf Autonomie und zu ethischen Konfliktfeldern in der Pflege ausschließt, scheint es doch möglich, ihre Abhandlungen auf den Bereich der Demenz umzulegen. So kann beispielsweise die Beschäftigung mit dem Recht des Patienten auf Zustimmung oder Ablehnung einen sehr wichtigen Bestandteil in der Pflege Demenzkranker darstellen. Genauso können auch die unterschiedlichen Handlungsfelder in diesen Bereich übertragen werden. Durch ihren sehr engen Kontakt zu den demenzkranken Patienten mag den Pflegepersonen zum Beispiel eine wichtige Vermittlerrolle zu Ärzten, Angehörigen und Mitpatienten zugesprochen werden.

6.4 Die Notwendigkeit der Anpassung des Autonomiebegriffs im Umgang mit demenzkranken Patienten

Betrachtet man nochmals die bereits genannten Definitionen von Autonomie, in denen von Konstrukten wie Freiwilligkeit, Intentionalität und Fähigkeit die Rede ist, wird offensichtlich, dass – will man einem demenzkranken Menschen sein Recht auf Selbstbestimmung weiterhin zugestehen – es einer Abänderung bzw. Anpassung des Autonomiebegriffs bedarf. Aufgrund der Veränderungen hinsichtlich kognitiver Fähigkeiten, die mit einer Demenz einhergehen, ist es notwendig, die Selbstbestimmung eines Menschen vor dem Hintergrund seiner Möglichkeiten zu betrachten.

Lauter (1993) unterscheidet hierzu mehrere Ebenen der Selbstbestimmung: „eine Autonomie auf der Ebene der Handlungsdurchführung, des Willensentschlusses und der Entscheidungsdelegation“ (S. 77).

Der Wunsch eines Patienten, nicht zu hause zu bleiben sondern einen Spaziergang zu machen, kann also einen vernünftigen Entschluß bedeuten, auch wenn die Durchführung dieses Entschlusses nur noch mit fremder Hilfe möglich ist, und die Absicht einer dementen alten Dame sich in einer bestimmten Angelegenheit von ihrer Tochter aber unter keinen Umständen von ihrem Schwiegersohn vertreten zu lassen, kann darauf hinweisen, daß die Patientin in Bezug auf die Delegation einer Entscheidung durchaus noch autonom ist, auch wenn sie die Entscheidung selbst nicht mehr durchführen kann. (Lauter, 1993, S.77)

Ähnlich definiert auch Agich (2003) Autonomie als Wahl zwischen möglichen Entscheidungen, wobei er die Wichtigkeit der Qualität dieser Entscheidungen betont. Sie sollten für den Betroffenen eine Bedeutung haben und seine Identität und seinen Selbstwert stützen. Bobbert (2002) spricht von der „Berücksichtigung umgrenzter Entscheidungskompetenzen bei altersverwirrten Menschen . . ., die vielleicht doch (noch) in der Lage sind, ihren Willen in bezug auf zeitlich und körperlich unmittelbare Pflegehandlungen zu artikulieren“ (S. 149).

Durchforscht man die Literatur hinsichtlich möglicher Wege zur Achtung der Autonomie des demenzkranken Menschen, so findet man immer wieder zwei Themen, die essentiell zu sein scheinen: zum einen die Beachtung der Individualität des Patienten in seiner Pflege und zum anderen die Wichtigkeit einer verstehenden Kommunikation von Seiten der Pflegeperson.

Lauter (1993) schreibt hierzu: „Besonders wichtig . . . sind ausreichende Informationen über die Persönlichkeit, Biographie und Lebensgeschichte des Erkrankten; ein solches Wissen ist die notwendige Voraussetzung, um ihm als einem autonomen Individuum zu begegnen“ (S. 77). Auch Agich (2003) betont, wie wichtig es ist, die Identität des alten Menschen zu erforschen und seine Werte und Überzeugungen zu beachten. Aufgabe der Pflegeperson ist es, Wünsche des Patienten zu berücksichtigen, ihm eigene Entscheidungen zuzugestehen und ihn auf diese Weise Autonomie erfahren zu lassen. Entscheidungen können dabei auf sehr niedriger Ebene stattfinden, zum Beispiel bei der Wahl von Essen oder Beschäftigung, und sollten an die Möglichkeiten des Betroffenen angepasst sein und ihn nicht überfordern.

Während es bei nicht-dementen Patienten einfach ist, individuelle Vorlieben zu erfragen, bedarf es vor allem bei schwer Demenzkranken einer mitunter sehr sensiblen Wahrnehmung durch die Pflegeperson bzw. einer Mithilfe und Vermittlung durch Angehörige. Häufig ist es notwendig, die verbale Kommunikation um eine nonverbale Ebene zu erweitern. Kruse (nach Nationaler Ethikrat, 2005) nennt diese „nonverbale Kommunikationsebene . . . als Grundlage dafür, herauszuarbeiten, welche Situationen von dem demenzkranken Menschen toleriert werden, welche vielleicht gesucht werden und welche tiefgreifend abgelehnt werden“ (S. 27). Pflegepersonen sollten auf nonverbale Zeichen von Nicht-Zustimmung oder Ablehnung achten und versuchen, die Mimik und Gebärden der demenzkranken Patienten zu deuten (Bobbert, 2002).

6.5 Festlegung des Autonomieverständnisses in Berufsethik - Kodizes und Pflegeleitbildern

Nach Bobbert (2002) findet die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten in Berufsethik-Kodizes wie zum Beispiel dem Ethikkodex des ICN (International Council of Nurses), die als Grundlage für pflegerisches Handeln dienen, nur wenig oder eine sehr eingeschränkte Beachtung, wird aber im Gegensatz dazu in sogenannten Pflegeleitbildern meist thematisiert.

Pflegeleitbilder verbinden „Auffassungen darüber, was Pflege ist, welchen Aufgaben und Zielen sie sich widmet, welche Rollen sie Pflegenden und zu Pflegenden zugesteht und auf welchen pflegetheoretischen Grundlagen sie sich möglicherweise begründet“ (Müller, 2001, S. 23). Die Entwicklung von Pflegeleitbildern erfolgt entweder durch Berufsverbände und Interessensvertretungen oder institutionsbezogen durch Arbeitsgruppen (Müller, 2001).

Auch die an dieser Diplomarbeit teilnehmenden Einrichtungen verfügen zum Teil bereits über solche Pflegeleitbilder. In einem mehr oder weniger ausgeprägten Maße findet man bei diesen eine Stellungnahme zum Thema der Autonomie bzw. der Selbstbestimmung des Patienten.

Im Pflegeleitbild des Rudolfinerhauses ist hierzu zum Beispiel festgehalten:

In dieser Auseinandersetzung mit Kranksein, Gesundwerden, Krankbleiben oder Sterben fördern wir die Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfindung des zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung seiner Fähigkeiten und Bedürfnisse.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung versuchen wir, den Menschen zu unterstützen, seine eigenen Anliegen zu erkennen, zu definieren und selbst aktiv zu werden. (Rudolfinerhaus, 2006)

Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien hat „Grundsätze der Pflege“ formuliert und betont darin vor allem die Patientenorientierung der Pflege. „Speziell liegt uns die Vorgehensweise am Herzen, die aus der Sicht des Patienten gewünscht wird. Wir berücksichtigen in unserer Arbeit physische, soziale, kulturelle und spirituelle Bedürfnisse.“ (Krankenhaus Barmherzige Schwestern, 2006)

Ganz konkret nimmt das Pflegeleitbild des Geriatriezentrums Am Wienerwald zur Autonomie des Patienten Stellung: „Unsere Handlungen sind darauf ausgerichtet, dass das Selbstbestimmungsrecht der BewohnerInnen gewahrt bleibt“ (Geriatriezentrum Am Wienerwald, 2006).

Von den Einrichtungen Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse und Tokiostraße sowie vom Sozialzentrum SeneCura in Grafenwörth liegen derzeit noch keine ausformulierten Pflegeleitbilder vor. Es finden sich jedoch auch bei diesen Institutionen in Foldern und Beschreibungen Hinweise auf eine individuelle Pflege und eine stark patientenorientierte Einstellung.

7 Der demenzkranke Mensch im Akutspital – Belastung für Patient und Pflegeperson

Der Aufenthalt in einem Spital stellt für einen demenzkranken Menschen aufgrund vorliegender Rahmenbedingungen eine sehr belastende Situation dar. Aber auch die ihn betreuenden Personen sind mit Herausforderungen bzw. Überforderung konfrontiert. Es bedarf gezielter Veränderungen in der Betreuung.

7.1 Die demenzfeindliche Umgebung des Akutspitals

Aufgrund der Zunahme dementieller Erkrankungen in der Bevölkerung steigt auch die Anzahl der demenzkranken Patienten im Krankenhaus. Kleina und Wingenfeld (2007) schätzen diese bei mindestens 10%, wobei nach einer Studie von Arolt (1997, nach Kleina & Wingenfeld, 2007) die Prävalenz dementieller Erkrankungen auf Stationen der Inneren Medizin etwas höher ist als in chirurgischen Abteilungen.

Der Grund für eine Aufnahme ins Spital ist aber meist nicht die Demenz, sondern eine andere Erkrankung, „eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes“ oder „der Zusammenbruch häuslicher Versorgungsarrangements“ (Kleina & Wingenfeld, 2007, S.67). Dennoch hat die Demenzerkrankung des Patienten einen großen Einfluss auf seinen Krankenhausaufenthalt. Stellt dieser schon für geistig gesunde ältere Menschen eine Überforderung dar, so bedeutet er für einen Demenzkranken eine regelrechte Krisensituation (Kirchen-Peters, 2005). Wojnar (2003) beschreibt das Krankenhaus als besonders ungünstige Einrichtung für Demenzkranke. „Besondere Faktoren der Verunsicherung sind:

- eine unbekannte, unüberschaubare Umgebung
- eingeschränkte Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- veränderte Tagesabläufe
- veränderte Umgangsformen
- eine andere Form der Betreuung
- beängstigende Handlungen
- das Fehlen vertrauter Personen
- allgemeine Hektik, chaotische Geräuschkulisse, schlechte Beleuchtung.“ (Wojnar, 2003, S. 3)

7.2 Bedeutung eines Krankenhausaufenthalts für den demenzkranken Patienten

Aufgrund krankheitsbedingter Symptome und Einschränkungen zeigen demenzkranke Patienten häufig keine oder nur eine mangelnde Krankheitseinsicht, sind meist nicht auskunftsfähig und können sich an die neue Situation schwer anpassen. Besondere Probleme ergeben sich, wenn sie in Folge oft pflegerische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen ablehnen (Kleina & Wingenfeld, 2007, Wojnar, 2003).

Die *demenzfeindliche Umgebung* im Spital führt nicht selten zu Orientierungseinbußen und dem Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen (Kirchen Peters, 2005, Wojnar, 2003, nach Kleina & Wingenfeld, 2007). Vermutlich eine fehlende Stimulation hat eine Verschlechterung des kognitiven Status und einen weiteren Selbstständigkeitsverlust zur Folge (Wingenfeld, 2005, nach Kleina & Wingenfeld, 2007). Weber, A. Gschwandtl, P. Gschwandtl und Ortner (1994) sprechen in diesem Zusammenhang von einer *Dekompensation des demenzkranken Menschen* im Krankenhaus.

Neben den bereits genannten Problemen birgt der Aufenthalt in einem Akutspital für den demenzkranken Patienten auch ganz besondere *Risiken*. Zu diesen zählen die überproportional häufigere Entwicklung eines deliranten Zustandes⁷, ein überdurchschnittlich häufigeres Auftreten nosokomialer Infektionen⁸ sowie eine überdurchschnittlich lange Aufenthaltsdauer. „Bei einer Studie unter österreichischen Krankenhauspatienten lag die Verweildauer Demenzkranker um 48% höher als bei kognitiv unbeeinträchtigten Patienten.“ (Wancata et al., 1999, zitiert nach Kleina & Wingenfeld, 2007, S.9). Außerdem haben demenzkranke Patienten ein erhöhtes Risiko, nach einem Spitalsaufenthalt stationäre pflegerische Betreuung zu benötigen, sprich von zuhause in ein Pflegeheim zu übersiedeln. Eine Entlassung nach Hause in eine aufgrund mangelnder Vorbereitung instabile Versorgungssituation hat häufig eine rasche Wiedereinweisung zur Folge (Kleina & Wingenfeld, 2007).

⁷ „Mit Delir (akute Verwirrtheit) wird eine globale Störung aller kognitiven Funktionen . . . mit einem raschen Beginn, fluktuierendem Verlauf und einer Gesamtdauer von einigen Tagen bis Wochen bezeichnet.“ (Wojnar, 2007, S. 30)

⁸ „Nosokomialinfektionen . . . häufig durch banale Err[e]ger . . . verursacht . . . deren Übertragung gleichzeitig mit der Behandlung u. Pflege erfolgt, wobei die Verbreitungswahrscheinlichkeit durch Organisation u. Bau des Krankenhauses beeinflusst wird“ (Pschyrembel, 1998, S. 1135)

In frühen Stadien der Erkrankung oder bei einem Fehlen gravierender Verhaltensauffälligkeiten besteht die Gefahr, dass die Demenz übersehen oder nicht beachtet wird, was für den Betroffenen ebenfalls weitreichende Konsequenzen – im Sinne einer nicht rechtzeitigen Behandlung – haben kann.

7.3 Probleme im Umgang mit den Patienten und Belastungen für die betreuenden Personen

Die kognitiven Einschränkungen und problematischen Verhaltensweisen des demenzkranken Patienten verkomplizieren laut Kleina und Wingenfeld (2007) die Planung und Durchführung der Versorgung: „Demenzkranken sind häufig nicht oder nur bedingt in der Lage, sich auf die im Krankenhaus üblichen Abläufe einzustellen. Das bedeutet, dass die alltäglichen Routinen den Gewohnheiten der Betroffenen angepasst werden müssten.“ (S.8).

Schon bei der Aufnahme ins Spital können eine chaotische Atmosphäre und die fremde Umgebung beträchtliche Angst und Unsicherheit bei den Betroffenen verursachen (Wojnar, 2003). Benötigte medizinische Informationen über die Erkrankung durch den einweisenden Arzt bzw. die einweisende Institution an die Spitalsärzte fehlen häufig oder sind mangelhaft. Auch die für die Pflege relevanten Angaben zu dem Ausmaß von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten, dem bisherigen Umgang mit diesen, zu individuellen Gewohnheiten und der vertrauten Tagesstruktur sind oft unzureichend (Kleina & Wingenfeld, 2007). „Für ausführliche biographische und Sozialanamnesen bleibt jedoch . . . zu wenig Zeit.“ (Kirchen-Peters, 2005, S. 24). Wichtig erscheint hierzu die „zentrale Rolle der Angehörigen bei der Gewinnung von Informationen“ (Kleina & Wingenfeld, 2007, S.33). Vor allem wenn diese den Betroffenen auch zu Hause pflegen, kann ihr Wissen entscheidend zu einer Erleichterung der Abläufe beitragen.

Im Zuge des Spitalsaufenthalts werden dann als besonders störend für das Stationsgeschehen und zu erhöhtem Arbeitsaufwand führend kognitive Defizite, die Verweigerung pflegerischer und medizinischer Maßnahmen, motorische Unruhe, insbesondere Wanderungstendenzen sowie aggressive oder sozial unangemessene Verhaltensweisen empfunden (Kleina & Wingenfeld, 2007, S. 70). Generell tritt die Demenz bei der Behandlung als „Störfaktor‘ auf und wird für die Mitarbeiter/innen und andere Patient/innen zum Problem“ (Kirchen-Peters, 2005, S. 11).

Konkrete Schwierigkeiten ergeben sich in der Erkennung und Behandlung von Schmerzen bei demenzkranken Patienten, da diese zum Teil eine veränderte Schmerzwahrnehmung aufweisen und Schmerzen manchmal nicht mehr artikulieren können, sondern mit Stimmungsschwankungen und zunehmender Aggressivität reagieren (Wojnar, 2003).

Ebenfalls problematisch erweist sich der Einsatz freiheitsbegrenzender Maßnahmen wie die Anwendung von Fixierungen oder von sedierenden Medikamenten. Diese sind oft die Folge unzureichender Personalausstattung, werden aber auch von Pflegepersonen als ethisch zweifelhaft und in ihrer Wirkung fraglich gesehen (Kleina & Wingenfeld, 2007).

Die dargestellten Probleme zusammenfassend stellt ein demenzkranker Patient auf einer Station im Spital immer eine große Herausforderung dar, die mitunter in einer Überforderung des Personals münden kann. Im Bereich der Pflege betrifft das vor allem den Umgang mit dem Patienten sowie das Erkennen und Reagieren auf problematisches Verhalten. Die Medizin sieht sich mit Problemen der Diagnose und Therapie der Demenz konfrontiert, da diesbezüglich das notwendige Fachwissen bei den Ärzten oftmals noch nicht ausreichend vorhanden ist.

„Das Krankenhauspersonal . . . ist auf den Umgang mit diesen Herausforderungen meist wenig vorbereitet. Pflegekräfte in Allgemeinkrankenhäusern sehen bei sich selbst fachliche Defizite und fühlen sich häufig überfordert.“ (Rohrbach, 2006, Mavundla, 2000, zitiert nach Kleina & Wingenfeld, 2007, S. 8)

„Sie [die Pflegekräfte] sind mit Konzepten zur Verbesserung der Kommunikation und zum Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen . . . wenig vertraut.“ (Smith, 2001, zitiert nach Kleina & Wingenfeld, 2007, S. 8)

Neben den erwähnten Rahmenbedingungen im Spital und den besonderen Bedürfnissen des demenzkranken Patienten erschweren also vor allem auch fehlende kommunikative Kompetenzen und ein mangelndes gerontopsychiatrisches Hintergrundwissen des Personals den Krankenhausaufenthalt des Betroffenen. Kirchen-Peters (2005) betont hierzu einen deutlichen Fortbildungsbedarf.

Eine Pflegeperson beschreibt in einer Umfrage von Schaper (2006):

People with dementia not only „clog up“ the system further but also put the staff under enormous strain as they scramble under the pressure to handle the often challenging behaviours in a system that is not designed for people that are not accountable for their actions, pressing the emergency button numerous times, asking irrelevant questions

over again of staff that often do not have the knowledge required to handle these behaviours. (S.201)

7.4 Möglichkeiten zur Verbesserung der Krankenhausversorgung demenzkranker Menschen

Kleina und Wingenfeld (2007) nennen einige Ansätze zur Verbesserung der Krankenhausversorgung demenzkranker Menschen:

- Einführung gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienste
- Aufbau geriatrischer Spezialabteilungen
- Einsetzen von Leitlinien und Practice Guides
- Verbesserung des Entlassungsmanagements
- Berücksichtigung von Besonderheiten in der Pflege Demenzkranker

Die Einführung gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienste meint den Einsatz von spezialisierten Ärzten und gerontopsychiatrisch ausgebildeten Pflegekräften im Idealfall in einem multidisziplinärem Team. Dieses soll bei der Betreuung demenzkranker Patienten zugezogen werden. Kirchen-Peters (2005) fand in einem Modellprojekt in Deutschland eindeutig positive Effekte wie eine deutliche Verbesserung der Krankenhausversorgung und eine längerfristige Stabilisierung der Versorgungssituation insgesamt für den Patienten, aber auch einen Abbau von Belastungen und eine Verbesserung der Qualifikation für das Krankenhauspersonal.

In geriatrischen Spezialabteilungen kann in besonderem Maße auf soziale und psychische Problemlagen eingegangen werden. Ziel ist vor allem die Wiedererlangung bzw. Verbesserung der Alltagskompetenz des Patienten (Füsgen, 2004, nach Kleina & Wingenfeld, 2007). Schwerpunkte liegen auf der Begleitung und Beratung pflegender Angehöriger sowie einer starken Kooperation aller beteiligter Berufsgruppen (neben Pflegepersonen und Ärzten, auch Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten etc.).

„Medizinische Leitlinien geben Hinweise zur adäquaten Vorgehensweise in Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen.“ (Kleina & Wingenfeld, 2007, S. 13). Sie setzen sich mit dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zum Beispiel in Bezug auf die Verwendung

von Medikamenten bei Demenzkranken oder mit dem Einsatz von Screeninginstrumenten zur Früherkennung und der Diagnosestellung an sich auseinander.

In der Pflege beziehen sich solche Leitlinien entweder auf grundlegendes Wissen über Demenz oder auf spezifische Maßnahmen wie besondere Kommunikationsformen, den Umgang mit Verhaltensveränderungen, die Einbindung Angehöriger und die Schmerzeinschätzung.

Die Einschaltung des Entlassungsmanagement sollte rechtzeitig erfolgen und auch bei „scheinbar gesicherten Versorgungsverhältnissen“ (Kleina & Wingefeld, 2007, S. 76) nicht unterbleiben. Im Idealfall wird dieses von einem Experten durchgeführt, der einerseits den Unterstützungsbedarf des Betroffenen anhand seiner kognitiven Einschränkungen adäquat einschätzen kann, andererseits über ein großes Wissen bezüglich externer Hilfsangebote und Leistungen verfügt. Durch umfassende Einbindung der Angehörigen in die Entlassungsplanung sollte vor allem auch deren Unterstützungsbedarf erhoben werden, auf Fragen des alltäglichen Umgangs mit dem Kranken eingegangen werden und es sollten Möglichkeiten der Schulung, Beratung und Selbsthilfe aufgezeigt werden. Bei der meist schriftlichen Informationsweiterleitung an nachsorgende Einrichtungen sollte mehr Wert auf psychosoziale Probleme und den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf gelegt werden.

Im Bereich der Pflege betonen Kleina und Wingefeld (2007) die Wichtigkeit einer personenzentrierten, validierenden Grundhaltung sowie den hohen Stellenwert einer biographieorientierten, ressourcenorientierten Pflege. Sie ergänzen aber auch: „Die meisten der heute diskutierten Ansätze zur pflegerischen Versorgung Demenzkranker sind auf die Verhältnisse der ambulanten/ häuslichen oder stationären *Langzeit*versorgung zugeschnitten und daher nur in modifizierter Form auf die Krankenhauspflege übertragbar.“ (S.15). Bekannte Methoden wie zum Beispiel kognitives Training, basale Stimulation oder Validation sind auch aufgrund der bestehenden Möglichkeiten im Spital eventuell nur begrenzt anwendbar. Durchaus vorstellbare Maßnahmen wären eine den Bedürfnissen des Demenzkranken angepasste, möglichst störarme und vertraute Gestaltung der Umgebung, die Übernahme vertrauter Tagesstrukturen, Beschäftigungsangebote, eine auf den Patienten orientierte Kommunikation und die Berücksichtigung personeller Kontinuität durch Bezugspflege.

Vermehrt sollte die Pflege die Beteiligung der Angehörigen an der Betreuung des Betroffenen fördern. Diese vermitteln einerseits dem Demenzkranken Sicherheit und können den Pflegepersonen andererseits wichtige Informationen geben. Ihre Einbindung sollte gezielt

geplant und organisiert werden, zum Beispiel Begleitung zu Untersuchungen oder Anwesenheit zu Zeiten, wenn der Patient sehr unruhig ist.

Voraussetzung für die Umsetzung dieser Maßnahmen liegen in einer umfassenden Vermittlung von Fachkenntnissen über Demenz und den Umgang mit Demenzkranken an das Pflegepersonal. Schulungen sollten grundlegende Kenntnisse über Symptomatik und Auswirkungen der Demenzerkrankung sowie über mögliche Einflüsse durch Krankenhausaufenthalte, aber auch spezifische Themen wie Möglichkeiten der Kommunikation und Strategien zur Vermeidung problematischer Verhaltensweisen bzw. zum Umgang mit diesen beinhalten.

Wojnar (2003) gibt noch einige konkrete Verbesserungsvorschläge:

Die Aufnahme in ein Akutkrankenhaus sollte sehr sorgfältig vorbereitet werden.

Dazu gehört:

- die rechtzeitige Klärung rechtlicher Voraussetzungen einer Behandlung
- die ambulante Durchführung aller notwendigen Untersuchungen
- Direktaufnahme auf die Station, mit Umgehung der „Aufnahmestation“
- Abstimmung der günstigsten Tageszeit für die Aufnahme
- Ständige Begleitung (und Versorgung) des Patienten durch seine pflegenden Angehörigen
- die ausführliche Information des Pflegepersonals über die Verhaltensauffälligkeiten des Kranken. (S. 3)

Den Aufenthalt im Krankenhaus betreffend betont Wojnar (2003) auch die Wichtigkeit der Begleitung des Patienten durch Angehörige oder andere Bezugspersonen sowie „eine angemessene, den Patienten nicht überfordernde ‚Dosierung‘ der Aktivitäten“ (S. 4). „Eine schnellstmögliche Entlassung aus der Klinik . . . bei einer rechtzeitigen Vorbereitung der Nachsorge“ (Wojnar, 2003, S. 4) sei anzustreben.

Zusammenfassend sind es also die Unterstützung durch Fachkräfte, spezialisierte Abteilungen oder Leitlinien, eine bessere Einbindung der Angehörigen und eine optimierte Entlassungsvorbereitung sowie eine adäquate Pflege - gestützt durch in Fortbildungen erworbenes Wissen und Kompetenzen - , die helfen sollen, auch im Akutspital den Bedürfnissen eines demenzkranken Menschen gerecht werden zu können.

EMPIRISCHER TEIL

8 Darstellung von Untersuchungsansatz und Methode

Im folgenden Teil werden die der Untersuchung zugrundeliegenden Fragestellungen konkretisiert und die sich daraus ableitenden Hypothesen vorgestellt. Es werden das Erhebungsinstrument - der Fragebogen - sowie der Ablauf der Untersuchung näher beschrieben. Der letzte Abschnitt widmet sich der statistischen Auswertung.

8.1 *Fragestellung und Hypothesen*

In der vorliegenden Diplomarbeit lassen sich drei große theoretische Hauptthemen unterscheiden:

- Das Belastungserleben von Pflegepersonen, konkret die Einstellung der Pflegepersonen zu den besonderen Verhaltensweisen des demenzkranken Patienten sowie die erlebte Belastung durch dieses Verhalten.
- Die Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und die Möglichkeit der Berücksichtigung im Pflegealltag.
- Der konzeptuelle Hintergrund der Pflege (realitätsorientierte oder personenzentrierte Pflegekonzepte).

Diese Themenbereiche sollen an Pflegepersonen im Akutspital und an Pflegepersonen auf einer Demenzstation näher untersucht werden. Die Pflegepersonen der Demenzstation werden aufgrund der in der Literatur angeführten Vorteile dieser Versorgungsform als Vergleichsgruppe herangezogen.

In Anlehnung an die Theorie und die angeführten Hauptthemen interessieren folgende Fragestellungen:

- Wie ist die Einstellung der Pflegepersonen im Akutspital zu den demenzspezifischen Verhaltensweisen des Patienten?
- Welche Verhaltensweisen des demenzkranken Patienten belasten die Pflegepersonen im Akutspital besonders?
- Wie wichtig ist den Pflegepersonen im Akutspital die Autonomie des Patienten und wie sehr können sie diese im Pflegealltag berücksichtigen?
- Welche Pflegekonzepte (realitätsorientierte oder personenzentrierte) verwenden Pflegepersonen im Akutspital bei ihrem Umgang mit demenzkranken Patienten?
- Wie hoch schätzen Pflegepersonen im Akutspital den tatsächlichen und den optimalen Zeitaufwand für die Betreuung eines demenzkranken Patienten ein?
- Wie ist der Wissensstand der Pflegepersonen im Akutspital zum Thema „Umgang mit demenzkranken Patienten“ und welchen Fortbildungsbedarf geben sie dazu an?
- Inwieweit hängen Einstellungen der Pflegepersonen zum Verhalten des demenzkranken Patienten, Belastungen durch dieses, die Wichtigkeit der Autonomie, die Möglichkeit der Berücksichtigung der Autonomie und der konzeptuelle Hintergrund der Pflege zusammen?
- Inwieweit können Unterschiede hinsichtlich der bisher genannten Fragestellungen zwischen Pflegepersonen aus dem Akutspital und Pflegepersonen von einer Demenzstation festgestellt werden?

Die sich aus den Fragestellungen ergebenden Hypothesen werden - wie folgt - als Alternativhypothesen dargestellt:

- *Hypothese 1:* Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen.
- *Hypothese 2:* Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer erlebten Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen.
- *Hypothese 3:* Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der von ihnen in der Pflege Demenzkranker verwendeten Pflegekonzepte.
- *Hypothese 4:* Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten.
- *Hypothese 5:* Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit).
- *Hypothese 6:* Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einschätzung zum tatsächlichen und optimalen Zeitaufwand für die Betreuung eines demenzkranken Patienten.
- *Hypothese 7:* Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Erfahrung und der Anzahl ihrer absolvierten Fortbildungen. Die absolvierten Fortbildungen und das Fortbildungsinteresse sind abhängig von der Stationszugehörigkeit.
- *Hypothese 8a:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung der Pflegepersonen zum Verhalten des demenzkranken Patienten und der erlebten Belastung durch dieses Verhalten.
- *Hypothese 8b:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung der Pflegepersonen zum Verhalten des demenzkranken Patienten und den verwendeten Pflegekonzepten.

- *Hypothese 8c:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der von den Pflegepersonen erlebten Belastung durch demenzspezifisches Verhalten und den verwendeten Pflegekonzepten.
- *Hypothese 8d:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen.
- *Hypothese 8e:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der erlebten Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen.
- *Hypothese 8f:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit) und der Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen.
- *Hypothese 8g:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit) und der erlebten Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen.
- *Hypothese 8h:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit).
- *Hypothese 8i:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und den verwendeten Pflegekonzepten.
- *Hypothese 8j:* In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit) und den verwendeten Pflegekonzepten.

In Abbildung 4 sind die Hypothesen zu den Hauptthemen der Untersuchung graphisch dargestellt.

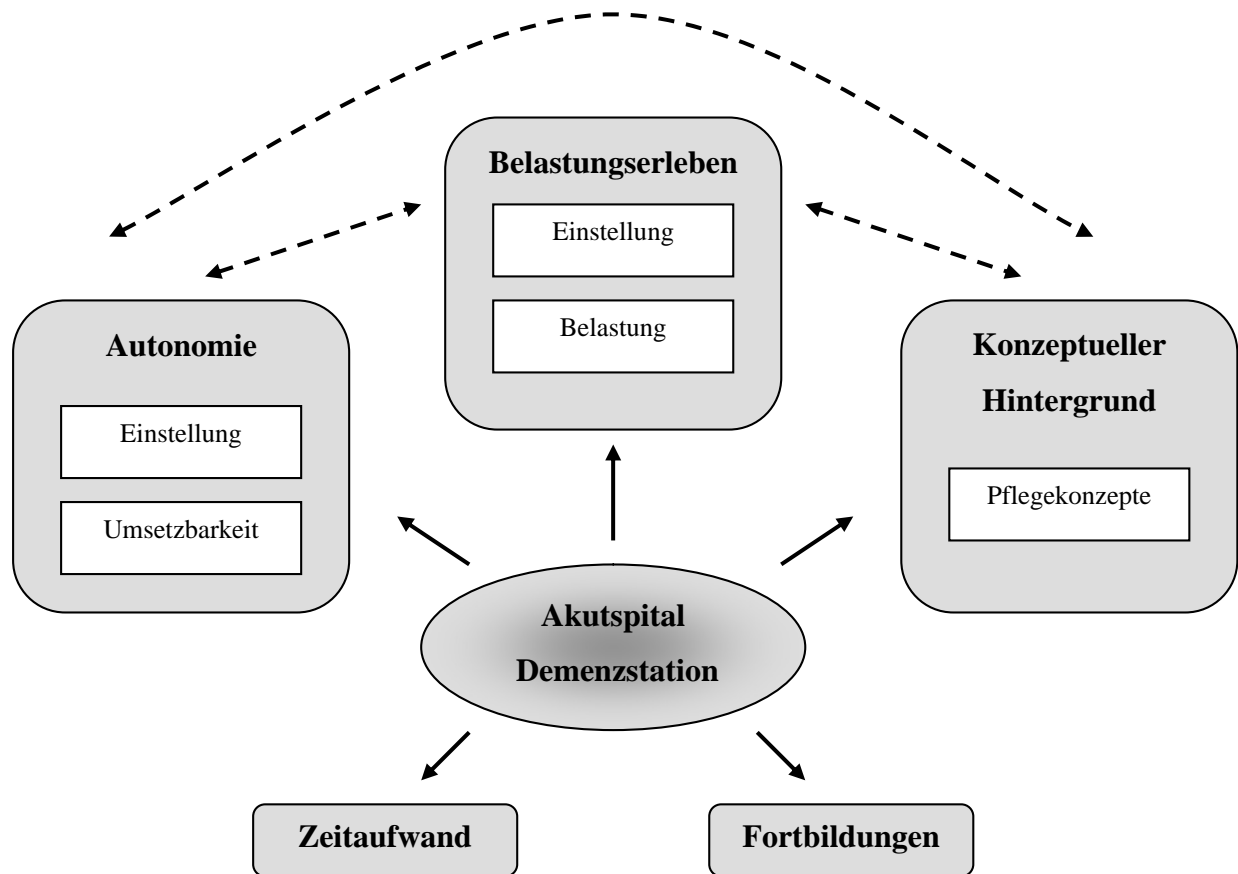


Abbildung 4: Hypothesen

Unterschiede Akutspital/ Demenzstation →
 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten (in den Gruppen) - - - ►

8.2 Beschreibung des Erhebungsinstruments – der Fragebogen

Zur Operationalisierung der Fragestellungen wurde in Zusammenarbeit mit Birgit O'Sheedy ein Fragebogen (Anhang A) erstellt. Dieser umfasst 10 Seiten und gliedert sich grob in soziodemographische Daten und ergänzende Informationen, ein Fallbeispiel sowie die Themen Zeitaufwand für den demenzkranken Patienten, Autonomie, Pflegekonzepte und Belastungserleben.

Tabelle 11 gibt einen Überblick über den Aufbau des Fragebogens und seine Inhalte.

Tabelle 11: Aufbau des Fragebogens

Einleitungsschreiben		Dank, Verwendungszweck, Hinweise zur Bearbeitung
Soziodemographische Daten	Punkt 1 (des Fragebogens)	Alter, Geschlecht, Arbeitsplatz, Ausbildung, Form der Pflege
Erfahrung	Punkt 2 und 3	Bisherige Tätigkeitsdauer, Ausbildungsabschluss
Wissensstand	Punkt 4	Bisherige Fort- und Weiterbildungen
Wohlbefinden im Arbeitsumfeld	Punkt 5	Befinden im Arbeitsumfeld
Pflegeleitbild	Punkt 6 und 7	Kenntnis des Pflegeleitbilds des Arbeitgebers und Übereinstimmung mit eigenen Vorstellungen
Fallbeispiel	Punkt 8	
Zeitaufwand	Punkt 9	Tatsächlicher und optimaler Zeitaufwand für einen demenzkranken Patienten
Autonomie	Punkt 10 (4 Items)	Wichtigkeit der Autonomie des demenzkranken Patienten und Möglichkeit der Berücksichtigung dieser Autonomie im Pflegealltag

Verbesserungsvorschläge	Punkt 11	Faktoren zur Verbesserung der Pflege und Förderung der Autonomie
Pflegekonzepte	Punkt 12 (12 Items)	Realitätsorientierter oder personenzentrierter Hintergrund der Pflege
Belastungserleben (M-NCAS)	Punkt 13 (28 Items)	Einstellung der Pflegeperson zu demenzspezifischen Verhaltensweisen und erlebte Belastung durch dieses Verhalten
Verbesserungsvorschläge	Punkt 14	Verbesserung der Pflegequalität
Fortbildung	Punkt 15	Interesse an Fortbildungen, Schwerpunkte, benötigte Rahmenbedingungen

8.2.1 Einleitungsschreiben

Das Einleitungsschreiben umfasst eine Seite und richtet sich an die teilnehmende Pflegeperson. Es beinhaltet einen Dank für die Teilnahme und Hinweise zu Zweck, Verwendung, vertraulicher Behandlung und Datenschutz der Angaben. Es wird konkretisiert, dass die ausfüllende Person bereits Erfahrung im Umgang mit demenzkranken Patienten haben sollte. Außerdem wird eine ungefähre Bearbeitungszeit angegeben und zu ehrlichen und spontanen Antworten aufgefordert. Der Hinweis, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt und lediglich Meinungen und Einstellungen interessieren, soll aufrichtige Angaben erleichtern und der befragten Person das Gefühl nehmen, „getestet“ oder gar „geprüft“ zu werden.

8.2.2 Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Daten werden zu Beginn des Fragebogens erfasst und folgen einer kurzen Anleitung zum Ausfüllen und dem Hinweis, den Fragebogen nur zu bearbeiten, wenn man den Text auch wirklich versteht. Sie umfassen Angaben zu Alter, Geschlecht, Arbeitsplatz (Krankenhaus oder Pflegeheim) inklusive Schwerpunkt der Station, absolvierter Ausbildung (Diplomierte Pflegeperson oder Pflegehelfer) sowie zur Form der Pflege. Diese

bezieht sich auf die Organisation der Pflege als Gruppenpflege (mehrere Pflegepersonen sind für eine Gruppe von Patienten zuständig), Bezugspflege (eine Pflegeperson ist für mehrere Patienten zuständig) oder „Haupt-Beidiens“ (funktionelle Einteilung).

In einer Untersuchung von Normann, Asplund und Norberg (1999) zeigte sich dazu, dass Pflegepersonen, die in Teams arbeiten, scheinbar aufgrund des häufigen Austausches mit Kollegen besser einen personenzentrierten Umgang mit Demenzkranken umsetzen können.

8.2.3 Erfahrung und Wissensstand

In Punkt 2 und 3 sollen die Pflegepersonen angeben, wie lange sie schon in ihrem Stationsbereich arbeiten und wann sie ihre Ausbildung abgeschlossen haben.

Zimmermann et al. (2005) berichten, dass Pflegepersonen, die seit ein oder zwei Jahren auf Pflegestationen arbeiten, mehr Belastung äußern als solche, die schon länger dort arbeiten. Generell scheint die Tendenz, den Arbeitsplatz zu wechseln, in Langzeitpflegeeinrichtungen sehr hoch zu sein (Pillemer, 1997, nach Zimmermann et al., 2005).

Bezüglich des Zeitpunkts des Ausbildungsabschlusses stellten Normann et al. (1999) fest, dass schon länger ausgebildete Pflegepersonen realitätsorientierte Pflegekonzepte im Umgang mit Demenzkranken gegenüber personenzentrierten Umgangsweisen bevorzugen. Dies mag daran liegen, dass sich realitätsorientierte Konzepte bereits in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts etablierten, während personenzentrierte Ansätze erst in den 90er Jahren durch die Validation nach Naomi Feil zum Durchbruch kamen.

Punkt 4 erfasst Namen, Länge und Schwerpunkt eventuell bereits besuchter Fort- und Weiterbildungen. Diese sollen Hinweise auf den Wissenstand der Pflegepersonen zum Umgang mit demenzkranken Patienten geben.

8.2.4 Ergänzende Informationen

Arbeitsumfeld

In Punkt 5 wird die Pflegeperson gebeten anzugeben, wie sie sich im Allgemeinen in ihrem Arbeitsumfeld fühlt. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „sehr gut“ über „gut“, „schlecht“ bis „sehr schlecht“. Diese Frage dient dazu, mögliche stations- oder personenspezifische

Störvariablen aufzuzeigen, die das Belastungserleben durch Verhaltensweisen des Patienten beeinflussen. Beispielsweise könnten eine Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation oder dem Arbeitgeber das subjektive Belastungsempfinden verzerren.

Pflegeleitbild

Die Angaben der Pflegeperson zum Pflegeleitbild können inhaltlich dem Thema der Autonomie zugeordnet werden. Hier soll die Pflegeperson in Punkt 6 ankreuzen wie gut sie das Pflegeleitbild ihres Arbeitgebers kennt („sehr gut“, „gut“, „schlecht“ oder „gar nicht“) und in Punkt 7 inwieweit die Inhalte dieses Leitbildes ihren eigenen Vorstellungen entsprechen („sehr gut“, „gut“, „schlecht“ oder „gar nicht“). Wie bereits im Theorieteil dargestellt, findet die Autonomie des Patienten in Pflegeleitbildern häufig Berücksichtigung und wird auch zum Teil in den Leitbildern der teilnehmenden Institutionen thematisiert.

Faktoren zur Verbesserung der Pflegequalität

In Punkt 11 und Punkt 14 sollen Faktoren erfasst werden, welche die Pflegeperson für einen verbesserten Umgang mit demenzkranken Patienten als hilfreich erachtet. In Frage 11 kann die Pflegeperson dazu aus mehreren Faktoren – „*Rahmenbedingungen auf der Station*“, „*Zur Verfügung stehendes Personal*“, „*Erfahrung bzw. Routine im Umgang mit an Demenz Erkrankten*“, „*Andere Gründe*“ – auswählen. Die sehr ähnliche Fragestellung in Punkt 14 soll der Pflegeperson nochmals die Möglichkeit geben, ihre Bedürfnisse in Hinblick auf eine Verbesserung der Pflegequalität – diesmal in einem freien Antwortformat – anzuführen.

Interesse an Fortbildungen

In Frage 15 wird die Pflegeperson zu ihrem Interesse an Fortbildungen zum Thema Betreuung von Demenzkranken befragt. Außerdem kann sie hierzu Schwerpunkte (*Kommunikation, ethische Richtlinien, medizinische Fachkurse, Angehörigenbetreuung* oder *sonstiges*) ankreuzen und benötigte Rahmenbedingungen ausformulieren.

8.2.5 Fallbeispiel (Punkt 8)

In Anlehnung an ein Fallbeispiel von Normann et al. (1999), welches 338 Pflegepersonen in 40 Institutionen in Norwegen zur Untersuchung ihrer bevorzugten Pflegekonzepte vorgegeben wurde, wurde für den Fragebogen ein Fallbeispiel formuliert und für die vorgesehene Stichprobe adaptiert. Es beschreibt eine Patientin (Frau A.) mit mittel bis schwer ausgeprägter Demenzerkrankung, ihre Symptome, Verhaltensauffälligkeiten, Orientierungsbeeinträchtigungen und ihren Unterstützungsbedarf. Dieses Fallbeispiel soll der befragten Pflegeperson die Vorstellung der Patientengruppe, um die es im Fragebogen geht, erleichtern und dient als Auflockerung sowie als Grundlage weiterer Fragestellungen.

8.2.6 Zeitaufwand für den demenzkranken Patienten

In Abschnitt 9 des Fragebogens wird die Pflegeperson gebeten, Angaben zum Zeitaufwand für die Pflege eines demenzkranken Patienten zu machen. In Anlehnung an das Fallbeispiel der Frau A. soll die befragte Person in der Spalte Ist-Zustand angeben, wie viel Zeit in Minuten sie an einem Arbeitstag auf ihrer Station normalerweise für bestimmte Tätigkeiten aufwenden würde, und in der Spalte Optimal-Zustand, wie viel Zeit sie optimalerweise benötigen würde. Die Tätigkeiten sind in die Aktivitäten des täglichen Lebens (Körperpflege, Essen, Ausscheidungen, Mobilisation, Aktivierung, Kommunikation) unterteilt und beziehen sich auf den Unterstützungsbedarf von Frau A.

8.2.7 Autonomie des demenzkranken Patienten

Frage 10 widmet sich in vier Items dem Thema Autonomie des demenzkranken Patienten. Als Grundlage dienen die Ergebnisse eines von der europäischen Kommission geförderten Pflegeforschungsprojektes (BIOMED II, Arndt et al., 2002). Dieses untersuchte in den Jahren 1998-2001, welche Bedeutung die Konzepte der Autonomie, Privatsphäre und informierten Zustimmung für die Pflegepraxis haben. Es wurde eine qualitative Erhebung in Finnland, Deutschland, Griechenland, Schottland und Spanien durchgeführt, bei der insgesamt 3500 Patienten und 4500 Pflegepersonen anhand von Fragebögen in Entbindungsstationen, chirurgischen Stationen und in der Altenpflege befragt wurden.

Beim Konzept der Autonomie ergab die Analyse vier Dimensionen:

- *Wählen, bestimmen, entscheiden, mitreden können:* Die meisten Äußerungen hierzu bezogen sich auf den Tagesablauf, die Wahl des Essens und die Gabe von schmerzstillenden Medikamenten bzw. Laxantien.
- *Handeln:* Viele Angaben in dieser Dimension lauteten: für sich selbst Handeln können und ein Maximum an Unabhängigkeit im eigenen Tun haben.
- *Bewegungsfreiheit:* In dieser Dimension beschreiben die meisten Versuchspersonen, dass sie den Tagesablauf gestalten wollen, beispielsweise selber bestimmen wollen, wann sie spazieren gehen oder das Krankenhaus verlassen.
- *Kontrolle über Privatsphäre:* Vor allem die Selbstbestimmung und Kontrolle über Informationen zur eigenen Person standen in den Äußerungen im Mittelpunkt (Arndt et al., 2002).

In Anlehnung an diese Dimensionen wurden im Fragebogen folgende Items konstruiert:

1. *Autonomie bedeutet, dass die Patientin selbst entscheiden kann, was sie isst und wann sie die Mahlzeiten einnimmt.*
2. *Autonomie bedeutet, dass die Patientin im Bereich ihrer erhaltenen Fähigkeiten möglichst viel selber machen kann (zum Beispiel sich selbst das Gesicht und die Hände waschen).*
3. *Autonomie bedeutet, dass die Patientin Einfluss auf ihren Tagesablauf hat und mitbestimmen kann, wann sie Körperpflege durchführen oder spazieren gehen möchte.*
4. *Autonomie bedeutet, dass die Patientin ohne das Beisein anderer Patienten ihre Ausscheidungen verrichten kann bzw. ihre Inkontinenzeinlagen erneuert bekommt.*

Zu jedem dieser Items soll die befragte Person angeben, inwiefern sie die Berücksichtigung dieses Autonomieaspektes wichtig findet („stimme zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme nicht zu“) und inwieweit dieser Aspekt im Pflegealltag auf ihrer Station berücksichtigt werden kann („sehr gut“, „eher gut“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“). Für eine leichtere Beantwortung der Items, werden auch diese wieder im Kontext des Fallbeispiels dargestellt.

8.2.8 Konzeptueller Hintergrund der Pflege

In Punkt 12 wird untersucht, ob die Pflegeperson in ihrem Umgang mit demenzkranken Patienten eher personenzentriert oder realitätsorientiert vorgeht, also welche Konzepte ihrem pflegerischen Handeln zugrunde liegen. Zu diesem Zweck werden zwölf Items mit je zwei Alternativen vorgegeben, anhand derer die Pflegeperson ihre Meinung angeben soll. Die Aussagen beziehen sich wiederum auf das Fallbeispiel der Frau A.

Grundlage für diesen Fragebogenteil stellt eine Studie von Normann et al. (1999) dar, die anhand des bereits erwähnten Fallbeispiels Pflegepersonen zu ihrer realitätsorientierten oder personenzentrierten Haltung befragten. Ursprünglich formulierten die Autoren 29 Aussagen, die dann von 32 Krankenpflegeschülern, drei Forschern aus dem Pflegewissenschaftsbereich und acht Krankenpflegelehrer kommentiert wurden und in Folge dessen auf 13 Statements reduziert wurden.

Die verbliebenen Aussagen können in fünf verschiedene Kategorien eingeteilt werden:

- Zeitliche, örtliche und situative Orientierung (Aussagen 1, 3, 5)
- Verhaltenskorrektur (Aussagen 2, 7, 11)
- Betonung der Vergangenheit bzw. der Gegenwart (Aussagen 4, 9, 12)
- Ziel der Kommunikation (Aussage 6, 10, 13)
- Bedeutung der Verwirrung für den Patienten (Aussage 8)

Zu jeder dieser Aussagen liegen eine realitätsorientierte und eine personenzentrierte Alternative vor.

Für den vorliegenden Fragebogen wurden die Statements aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt und von einem Nativespeaker zur Überprüfung wiederum ins Englische zurück transkribiert. Item 11 des Originalfragebogens musste entfernt werden, da bei diesem auf Gruppenaktivitäten verwiesen wird, die in einem Akutspital nicht stattfinden. Die Beantwortung dieses Items wäre daher nicht für alle teilnehmenden Personen gleich möglich.

Im folgenden sind Item 2 und 5 des Fragebogens exemplarisch dargestellt. In Item 2 würde die erste Aussage, in Item 5 die zweite Aussage dem personenzentrierten Zugang entsprechen.

<input type="checkbox"/>	2. Frau A. sollte die Freiheit haben, sich so auszudrücken wie Sie es wünscht. Obwohl das vielleicht für einen Außenstehenden nicht sinnvoll erscheinen mag.
<input type="checkbox"/>	Frau A. sollte korrigiert werden, wenn Ihr Verhalten und Ausdrucksweise keinen Sinn ergibt.
<input type="checkbox"/>	5. Durch die regelmäßige Orientierung von Frau A., wie beispielsweise „Es ist jetzt 8.00 Uhr in der Früh und es ist jetzt Zeit für ihr Frühstück.“, ist es möglich, sie zurück in die Realität zu bringen.
<input type="checkbox"/>	Wiederholte Realitätsorientierung zum täglichen Geschehen könnte die Lebenssituation von Frau A. verschlechtern.

8.2.9 Belastungserleben: Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS)

Um das Belastungserleben der Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten zu erfassen, wurde nach einem Instrument gesucht, das nicht nur allgemein Stress oder Belastung misst, sondern das diese Konstrukte ganz konkret in den Kontext der Pflege Demenzkranker stellt.

Hallberg und Norberg entwickelten dazu 1993 in Schweden die „*Strain in Nursing Care Scale*“ (SNC), um die Zustimmung der Pflegepersonen zum Auftreten demenzspezifischer Verhaltensweisen bei ihren Patienten und ihre Schwierigkeiten des Umgangs mit diesem Verhalten zu erfassen. Brodaty et al. (2003) übersetzten eine Version der SNC mit 36 Items ins Englische, um Einstellung und Belastung von Pflegepersonen zu messen. Sie betonen: „The SNC was chosen because it is the only instrument we knew of specifically designed to measure both nursing home staff attitudes towards residents and their reactions to them.“ (Brodaty et al., 2003, S. 585).

Für den für die vorliegende Arbeit erstellten Fragebogen wurde die *Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS)* verwendet. Diese wurde 2004 von Kleinman, Frank, Ciesla, Rupnow und Brodaty im Zuge einer Medikamentenstudie erarbeitet und auf ihre psychometrischen Eigenschaften überprüft. Als Grundlage der M-NCAS dienten die 21 Items der SNC, die aufgrund von Aussagen von Pflegepersonen aus dem Langzeitpflegebereich auf

32 Items erhöht wurden. Die Items repräsentieren Verhaltensweisen von demenzkranken Patienten.

Die M-NCAS umfasst zwei Bereiche, einen Einstellungs- und einen Belastungsbereich. In der Skala zur Einstellung sollen die Pflegepersonen auf einer 4-Punkte Likert-Skala angeben, wie sehr sie zustimmen, dass der von ihnen betreute Patient ein bestimmtes Verhalten aufweist. In der Belastungsskala sollen die Pflegepersonen angeben, wie schwer ihnen der Umgang mit eben diesem Verhalten fällt. Für jede dieser Skalen kann ein Gesamtscore berechnet werden.

Für die psychometrische Evaluation der M-NCAS wurden von Kleinman et al. (2004) eine schiefwinklig rotierte Faktorenanalyse und eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Aufgrund der Ergebnisse wurden vier Items entfernt.

Tabelle 12 zeigt die inhaltlichen Ergebnisse der Faktorenanalyse mit den Originalitems der M-NCAS. In Tabelle 13 sind die Reliabilitäten der einzelnen Faktoren und der Gesamtscores anhand des Alpha-Koeffizienten von Cronbach dargestellt.

Tabelle 12: *Faktorenanalyse M-NCAS (Kleinman et al., 2004)*

Faktor	Items
ATTITUDE DOMAIN	
Attention Seeking	Is anxious Is calm Is paranoid Is attention seeking Is manipulative Is frightened/ vulnerable Is lonely Has to concentrate exclusively on his/ her own needs to survive Needs someone close by/ is demanding Has an empty life
Autonomy	Seems to behave in a completely aimless way Does things for a reason Is apathetic/ seems to have limited emotions Tries to maintain some independence Knows what he/ she wants and stands up for his/ herself Seems to experience the normal range of emotions Has a meaningful life

Difficulty	Is unpredictable Is selfish Is rewarding to work with Is grateful what is done for him/ her Is ungrateful for the care he/ she receives Is deliberately difficult Friendly Is stubborn/ resistive Is aggressive/ hostile Compliant/ voluntarily co-operative Gives no job satisfaction
STRAIN DOMAIN	
Affect	Seems to behave in a completely aimless way Is anxious Is unpredictable Does things for a reason Is calm Is apathetic/ seems to have limited emotions
Job satisfaction	Is rewarding to work with Is grateful for what is done for him/ her Is ungrateful for the care he/ she receives Friendly Gives no job satisfaction
Neediness	Is selfish Is paranoid Is attention seeking Is manipulative Has to concentrate exclusively on his/ her own needs in order to survive Is deliberately difficult Needs someone close by all the time/ is demanding
Predictability	Tries to maintain some independence Knows what he/ she wants and stands up for his/ herself Is stubborn/ resistive Is aggressive/ hostile Compliant/ voluntarily co-operative

Self Direction	Is frightened/ vulnerable Is lonely Seems to experience the normal range of emotions Has an empty life Has a meaningful life
-----------------------	--

Tabelle 13: *Reliabilität M-NCAS (Kleinman et al., 2004)*

Skala (N = 282)	Cronbach's Alpha
EINSTELLUNGSSKALA	
Totalscore	.79
Autonomie	.65
Aufmerksamkeit suchend	.76
Mühe	.78
BELASTUNGSSKALA	
Totalscore	.95
Affekt	.80
Jobzufriedenheit	.86
Bedürftigkeit	.86
Vorhersagbarkeit	.85
Selbstbestimmung	.83

Anmerkung: N = Stichprobengröße

Nach erfolgter Kontaktaufnahme mit den Autoren der Skala und Bewilligung zur Verwendung wurde die auf englisch verfasste M-NCAS für das vorliegende Erhebungsinstrument ins Deutsche übersetzt und dann von einem Nativespeaker wieder in die Ausgangssprache zurück transkribiert.

In Punkt 13 des Fragebogens wird die Pflegeperson dazu aufgefordert, die 28 Items des M-NCAS in zwei Spalten zu beantworten. Sie soll dabei an ihre bisherigen Erfahrungen mit demenzkranken Patienten denken.

Die Einstellungsskala kann mit „*Ich ... stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu*“ beantwortet werden. Die Skala zur Belastung bietet die Antwortmöglichkeiten „*Der Umgang damit fällt mir ... sehr leicht, leicht, schwer, sehr schwer*“.

Im folgenden sind exemplarisch die ersten zwei Items aufgelistet:

In der täglichen Pflege, Menschen mit Demenz ...	Ich...	Der Umgang damit fällt mir...
--	--------	-------------------------------

1. scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
2. sind ängstlich.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer

8.3 Ablauf der Untersuchung

Der folgende Abschnitt widmet sich der Darstellung des zeitlichen und organisatorischen Untersuchungsablaufs, einer Vorstellung der teilnehmenden Institutionen und der Rücklaufquote der Fragebogenerhebung. Es werden außerdem im Zuge der Untersuchung aufgetretene Schwierigkeiten und Probleme analysiert und der Umgang mit Gütekriterien und ethischen Aspekten dargestellt.

8.3.1 Zeitlicher und organisatorischer Ablauf der Untersuchung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Die interessierende Population sind Pflegepersonen, die im Akutspital oder auf spezialisierten Demenzstationen arbeiten.

Vor dem Start der eigentlichen Fragebogenerhebung wurde im November 2007 ein Probelauf mit drei Pflegepersonen von unterschiedlichen Stationen durchgeführt.

In einem mündlichen Feedback berichteten die Probanden, dass der Fragebogen übersichtlich gestaltet und verständlich sei sowie dass die Bearbeitungsdauer mit ungefähr 20 Minuten für den Stationsalltag zumutbar wäre. Nur bei Punkt 7, der Frage zum Zeitaufwand für einen demenzkranken Patienten, gab es Verständnisschwierigkeiten. Ursprünglich wurde die Versuchsperson gebeten, den Ist- und Optimalzustand des Arbeitsaufwandes sowie den Zeitaufwand, unter dem die Bedürfnisse des Patienten nicht mehr erfüllt werden können, anzugeben. In Folge des Feedbacks wurde der Fragebogen adaptiert und es wurde nur mehr nach dem Ist- und Optimalzustand gefragt.

Nach erfolgter Kontaktaufnahme mit Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen und der persönlichen Vorstellung des Fragebogens, des Verwendungszwecks und des Untersuchungsablaufs konnten im Dezember 2007 die ersten Fragebögen ausgegeben werden. Die Verteilung der Bögen an die Pflegepersonen erfolgte über die Stationsleitungen. Nach Vorschlägen von Richter (1970, nach Bortz & Döring, 2002) wurde ein Begleitschreiben formuliert und den Fragebögen angefügt, um die teilnehmende Person noch näher über den Zweck der Untersuchung und den Abgabemodus zu informieren und zur Teilnahme zu motivieren (Anhang B). Für die Abgabe der Fragebögen wurden Kuverts beigelegt, um Anonymität zu gewährleisten, und auf jeder Station wurde eine mit dem letztmöglichen Abgabedatum beschriftete Abwurfbox aufgestellt.

Die Bearbeitungszeiträume wurden individuell mit den Stationsleitungen vereinbart und betrugen im Durchschnitt 14 Tage. Nach dieser Zeit wurde nochmals mit der Station Kontakt aufgenommen und je nach bisherigem Rücklauf ein weiterer Abgabetermin nach nochmals 10 bis 14 Tagen festgelegt. Bortz und Döring (2002) nennen einen Zeitpunkt von 8 bis 10 Tagen als guten Zeitpunkt für eine solche Nachfassaktion.

Die Durchführung der Fragebogenerhebung an den teilnehmenden Institutionen erfolgte nicht gleichzeitig, sondern aufgrund organisatorischer Gegebenheiten zum Teil aufeinanderfolgend (siehe Rücklaufstatistik 8.3.3). Die Erhebungsphase konnte im Mai 2008 abgeschlossen werden.

8.3.2 Stichprobe

Die Ziehung der Stichprobe für die Fragebogenuntersuchung erfolgte ad-hoc nach Verfügbarkeit und Zugänglichkeit möglicher Testpersonen. Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe (Bortz & Döring, 2002). Hinsichtlich ihrer Repräsentativität für die Gesamtpopulation sind dieser Stichprobe daher sicherlich Grenzen gesetzt.

Zunächst wurden Institutionen angesprochen, zu denen bereits eine Verbindung bestand. Das waren das Krankenhaus Rudolfinerhaus und das Geriatriezentrum am Wienerwald. Erst im weiteren Verlauf der Untersuchung wurde dann auch noch zum Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, zum Haus der Barmherzigkeit und zum Sozialzentrum Grafenwörth Kontakt aufgenommen.

Die Daten für die Stichprobe „Akutspital“ stammen aus dem Rudolfinerhaus und dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern.

Das Rudolfinerhaus ist ein Privatspital im 19. Bezirk in Wien mit rund 160 Betten (www.rudolfinerhaus.at). Die Stationen arbeiten mit Belegärzten und haben Patienten unterschiedlichster Erkrankungen. Schwerpunkte liegen auf Chirurgie, Innerer Medizin, Orthopädie, Onkologie und Gynäkologie. Im Rudolfinerhaus wurden auf allen Stationen ausgenommen der Geburtshilfe Fragebögen ausgegeben.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien liegt im 6. Bezirk und führt rund 200 Betten (www.bhs-wien.at). Die Fachrichtungen der Stationen erstrecken sich von Innerer Medizin, über Chirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädie und Psychosomatik. Es konnten auf allen sieben bettenführenden Stationen Fragebögen ausgeteilt werden.

Für die Stichprobe „Demenzstation“ wurden Daten im Geriatriezentrum am Wienerwald, im Haus der Barmherzigkeit und im Sozialzentrum Grafenwörth erhoben. Diese Institutionen lieferten auch die Daten für die Gruppe „Langzeitpflege“ in der Untersuchung von Birgit O'Sheedy. Im folgenden Abschnitt werden nur die Demenzstationen näher genannt.

Das Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) ist ein Pflegeheim im 13. Wiener Gemeindebezirk mit über 1000 Betten (www.wienkav.at/gzw). An der vorliegenden Fragebogenuntersuchung nahmen die Demenzstationen des Pavillon XII Erdgeschoß und 1. Stock teil.

Beim Haus der Barmherzigkeit (HdB) konnten Fragebögen in den geriatrischen Pflegekrankenhäusern Seeböckgasse und Tokiostraße ausgegeben werden. Das HdB Seeböckgasse im 16. Bezirk in Wien wurde 2005 neu eröffnet und betreut rund 350 Patienten, das HdB Tokiostraße im 22. Bezirk rund 270 Patienten (Eröffnung 2006), (www.hdb-wien.at). Von diesen beiden Institutionen nahmen jeweils zwei Demenzstationen an der Untersuchung teil.

Das vor rund drei Jahren eröffnete SeneCura Pflege- und Sozialzentrum Grafenwörth in Niederösterreich führt 110 Betten, davon 30 auf einer Demenzstation (www.senecura.at/grafenwoerth.htm).

8.3.3 Fragebogenrücklauf

Die Rücklaufstatistik (Tabelle 14) zeigt die Anzahl der ausgeteilten sowie die Anzahl der retournierten Fragebögen und den jeweiligen Zeitraum der Erhebung. Es wurde pro Station für jeden Mitarbeiter ein Fragebogen ausgegeben. Die Rücklaufquote in den einzelnen Institutionen liegt zwischen 46 und 75%. Der Gesamtrücklauf beträgt in der Gruppe Akutspital 98 und in der Gruppe Demenzstation 79 retournierte Fragebögen. Von insgesamt 312 ausgeteilten Fragebögen wurden also 177 retourniert, was einer Quote von 57% entspricht. 10 Bögen aus der Stichprobe der Demenzstationen mussten aufgrund geringen Ausfüllungsgrades (weniger als 50%) aus der Untersuchung genommen werden. Es bleiben 167 Fragebögen für die Datenanalyse.

(Anmerkung: Für die Stichprobe der Langzeitpflegestationen für die Untersuchung von Birgit O'Sheedy wurden von 164 Fragebögen 84 retourniert, von denen wiederum 70 verwertbar waren.)

Die Betrachtung der Rücklaufquoten einzelner Stationen (in der Tabelle nicht näher erläutert) zeigt eine sehr unterschiedliche Beteiligung an der Untersuchung. Auf Stationen mit sehr geringem Rücklauf wurden von den Stationsleitungen Gründe wie Krankenstände, Urlaube, aber auch Probleme mit dem Ausfüllen und der Länge des Fragebogens genannt. Vereinzelt sehr hohe Rücklaufquoten von über 80% wie auf einer Demenzstation im GZW und einer Demenzstation in der Tokiostraße könnten mit dem Interesse und Engagement der Stationsleitung zusammenhängen.

Die zum Teil unterschiedlich langen Erhebungszeiten lassen sich auf organisatorische Gegebenheiten wie Urlaubszeiten (Weihnachten, Ostern) oder eine Abwesenheit der Stationsleitung sowie terminliche Verschiebungen zurückführen.

Tabelle 14: *Rücklaufstatistik Fragebogenerhebung 2007/ 2008*

Institution	Stichprobe (Stationen)	Zeitraum	Ausgeteilte Fragebögen	Retournierte Fragebögen	Rücklauf quote
Rudolfinerhaus	Akutspital (7 Stationen)	18.12.2007 – 27.1.2008	105	48	46%
Krankenhaus Barmherzige Schwestern	Akutspital (7 Stationen)	26.2. – 25.3.2008	70	50	71%
Geriatrizentrum am Wienerwald	Demenzstation (2 Stationen)	12.12.2007 – 18.1.2008	38	23	61%
Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße	Demenzstation (2 Stationen)	29.1. – 18.2.2008	40	22	55%
Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	Demenzstation (2 Stationen)	4.2. – 21.2.2008	39	19	49%
SeneCura Sozialzentrum Grafenwörth	Demenzstation	29.4. – 30.5.2008	20	15	75%
Akutspital gesamt			175	98	56%
Demenzstation gesamt			137	79	58%
Gesamtstichprobe			312	177	57%

8.3.4 Auftretende Probleme und der Umgang damit

Im Laufe der Erhebung kam es zum Auftreten einiger Schwierigkeiten und Probleme. Diese umfassten im wesentlichen Ausfüllungsgrad und Rücklauf des Fragebogens. Aber auch organisatorische Abläufe in den Institutionen und auf den Stationen erschwerten die Untersuchung. Zum Beispiel verlängerten sich aufgrund bereits genannter Umstände die ursprünglich geplanten Erhebungszeiten zum Teil um ein bis zwei Wochen.

Befürchtungen, dass die Bereitschaft der Pflegepersonen, den Fragebogen auszufüllen, eher gering sein könnte, wurden schon bei der Fragebogenerstellung berücksichtigt. Bortz und Döring (2002) schreiben dazu:

Es ist selbstverständlich, dass die formale und sprachliche Gestaltung der Fragebögen keinen Anlaß geben sollte, die Untersuchungsteilnahme zu verweigern. Knapp formulierte, leicht verständliche Fragen, die die Befragten auch beantworten können, sind genauso wichtig wie ein ansprechendes graphisches Layout. . . . Zudem sind Hinweise auf die absolute vertrauliche Behandlung der Resultate, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, selbstverständlich. (S. 257)

Zur Auflockerung des Fragebogens wurden ein Fallbeispiel und Fragen in offenem Antwortformat eingefügt.

Da aufgrund der Population mit sprachlichen Problemen zu rechnen war, wurden die teilnehmenden Personen zu Beginn aufgefordert, den Fragebogen nur auszufüllen, wenn sie ihn auch wirklich verstehen. Generell wurde aber versucht, die Fragen möglichst einfach zu gestalten, um den Rücklauf nicht all zu sehr zu reduzieren.

Leider kam es dennoch, insbesondere bei Punkt 13 des Fragebogens (der übersetzten Version der M-NCAS), zum Teil zu einem sehr geringen Ausfüllungsgrad. Fragebögen, die zu weniger als 50% bearbeitet waren, wurden in der Untersuchung nicht berücksichtigt und entfernt. Auf die offensichtlichen Probleme der Probanden beim Beantworten der M-NCAS wurde mit einer zusätzlichen, detaillierter formulierten Anleitung reagiert, die den Fragebögen extra beigelegt wurde.

Um die Motivation der Pflegepersonen zur Teilnahme zu erhöhen, wurde im Laufe der Untersuchung versucht, das den Fragebögen beigelegte Begleitschreiben noch etwas persönlicher und ansprechender zu formulieren.

„Mit günstigen Auswirkungen auf die Motivation der Befragten ist zu rechnen, wenn es gelingt, ihnen zu verdeutlichen, dass mögliche Konsequenzen der Untersuchung in ihrem eigenen Interesse liegen.“ (Bortz & Döring, 2002, S. 257)

Die Beobachtung, dass der Fragebogenrücklauf auch von Motivation und Interesse der Stationsleitung und der Pflegedienstleitung an diesem Thema abzuhängen scheint, kann hierzu erwähnt werden.

Mehrfach kam von teilnehmenden Pflegepersonen die Rückmeldung, dass der Fragebogen zu lang sei. In einigen Fragebögen konnte ein Abbruch kurz vor oder während der M-NCAS bzw. ein Auslassen dieses Punktes festgestellt werden.

8.3.5 Beachtung von Gütekriterien und ethischen Aspekten

Für die vorliegende Untersuchung unabdinglich ist es, sich mit den ethischen Aspekten der Erhebung und der Qualität des selbst erstellten Fragebogens auseinander zu setzen.

Die Qualität eines Fragebogens lässt sich anhand der sogenannten Gütekriterien bestimmen. Lienert und Raatz (1994, nach Kubinger, 1996) unterscheiden zwischen Hauptgütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) und Nebengütekriterien (Normierung, Ökonomie, Nützlichkeit). Das Testkuratorium der Föderation deutscher Psychologenverbände nennt außerdem noch die Kriterien Zumutbarkeit, (Un-) Verfälschbarkeit und Fairness (Testkuratorium, 1986a, nach Kubinger 1996).

Hauptgütekriterien

Unter *Objektivität* versteht man „den Grad, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind“ (Lienert & Raatz, 1994, zitiert nach Kubinger, 1996, S. 26). Diese kann nach Kubinger (1996) weiter in Testleiterunabhängigkeit, Verrechnungssicherheit und Interpretationseindeutigkeit unterteilt werden.

Um *Testleiterunabhängigkeit (Durchführungsobjektivität)* zu gewährleisten, wurde in der vorliegenden Untersuchung versucht, die soziale Interaktion zu den teilnehmenden Personen möglichst gering zu halten. Zum Teil gab es auch gar keinen persönlichen Kontakt, da die Instruktion schriftlich erfolgte.

Verrechnungssicherheit (*Auswertungsobjektivität*) meint eine exakte Festlegung, wie Ergebnisse in der Auswertung zu verrechnen sind. Um diese möglichst hoch zu halten, wurde der Großteil der Items des Fragebogens in einem multiple-choice Format konstruiert. Nur einige wenige Items können frei beantwortet werden.

Der *Interpretationseindeutigkeit* sind in der vorliegenden Erhebung aufgrund fehlender Normierung Grenzen gesetzt.

„Unter der *Reliabilität* ... eines Tests versteht man den Grad der Genauigkeit, mit dem er ein bestimmtes Persönlichkeits- ... merkmals misst, gleichgültig, ob er dieses Merkmal auch zu messen beansprucht.“ (Lienert & Raatz, 1994, zitiert nach Kubinger, 1996, S. 36). Um die Zuverlässigkeit des erstellten Fragebogens zu überprüfen, wird dazu in der Auswertung die *innere Konsistenz* bestimmt werden. Es soll gezeigt werden, ob die Items „dasselbe“ messen.

Das letzte Hauptgütekriterium, die *Validität* „eines Tests gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem dieser Test dasjenige Persönlichkeitsmerkmal ..., das ... er messen ... soll, tatsächlich misst“ (Lienert & Raatz, 1994, zitiert nach Kubinger, 1996, S. 40). Hierzu soll mittels Faktorenanalyse die *Konstruktvalidität* des Fragebogens überprüft werden. Unter Konstruktvalidität wird „die Einbettung des mit einem Test erfassten Konstruktes⁹ in das . . . Netzwerk anderer . . . Konstrukte“ (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006, S. 158) verstanden.

Mummendey und Grau (2008) betonen: „Die beiden wichtigsten Gütekriterien für Fragebogen sind die Reliabilität (Zuverlässigkeit) und die Validität (Gültigkeit).“ (S. 100).

Nebengütekriterien

Aufgrund fehlender Normen liegt für den erstellten Fragebogen kein „Bezugssystem zur Relativierung des individuellen Testergebnisses“ (Kubinger, 1996, S. 52) vor. Das Gütekriterium *Normierung* kann daher nicht erfüllt werden.

„Ein Test erfüllt das Gütekriterium *Ökonomie*, wenn er, gemessen am diagnostischen Informationsgewinn, relativ wenig Ressourcen (Zeit und Geld) beansprucht.“ (Kubinger, 1996, S. 79). Hinsichtlich dieses Kriteriums hat die vorliegende Untersuchung vor allem bezogen auf die Länge der Durchführungszeit noch Verbesserungspotential. Hohe Kosten konnten durch ein persönliches Austeilen und Absammeln der Fragebögen vermieden werden.

⁹ „Konstrukte sind . . . allgemein anerkannte, aber eben nicht direkt beobachtbare ‚Phänomene‘, wie z.B. Intelligenz, Angst oder Streß.“ (Kubinger, 1996, S. 43)

Eine *Nützlichkeit* des Fragebogens ist insofern ausreichend gegeben, da dieser als neu konstruiertes Instrument einen ausführlichen und sehr differenzierten Blick auf das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten ermöglicht.

Das Gütekriterium *Zumutbarkeit* meint das „Ausmaß, in dem ein Test . . . die getestete Person in zeitlicher, psychischer (insbesondere ‚energetisch‘-motivational und emotional) sowie körperlicher Hinsicht beansprucht“ (Testkuratorium, 1986a, zitiert nach Kubinger, 1996, S. 93). Auch wenn von einigen Teilnehmern die Länge des Fragebogens kritisiert wurde, so scheint dieser dennoch durchaus zumutbar. Als Beispiele für fragliche Zumutbarkeit nennt Kubinger (1996) Tests mit einer Testdauer von 4 Stunden oder mehr, Fragen zum persönlichen Intimbereich oder Tests mit dichotomen Antwortformaten.

Probleme mit der *Unverfälschbarkeit* eines Erhebungsinstruments entstehen vor allem durch die Tendenz von Testpersonen, auf Fragen zu ihrer Persönlichkeit sozial erwünscht zu antworten. Häufig werden Antworten durch verbreitete Normen und Erwartungen beeinflusst (Edwards, 1957, 1970, nach Bortz & Döring, 2002). Um diese Antworttendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit möglichst gering zu halten, wurden die Pflegepersonen in der Fragebogeninstruktion aufgefordert, möglichst ehrlich und spontan zu antworten. Es wurde darauf hingewiesen, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt und die Daten anonym behandelt werden.

Das Gütekriterium der *Fairness* erfährt vor allem hinsichtlich seiner sprachlichen Komponente in der durchgeführten Untersuchung eine starke Einschränkung. Auch wenn versucht wurde, die Items sprachlich möglichst einfach zu gestalten, muss davon ausgegangen werden, dass Personen mit nicht deutscher Muttersprache bei der Bearbeitung des Fragebogens eventuell Probleme gehabt haben.

Ethische Aspekte

Die Auseinandersetzung mit ethischen Kriterien stellt vor allem im Bereich der Humanwissenschaften einen wichtigen Teil einer Untersuchung dar (Bortz & Döring, 2002).

Mit der Beantwortung der Fragen zu Einstellung und Belastung sowie zu Autonomie und Pflegekonzepten geben die teilnehmenden Pflegepersonen mitunter sehr persönliche Meinungen und Gefühle preis. Der berufliche Kontext der Befragung lässt eventuell Befürchtungen entstehen, dass Ergebnisse als Information über das Arbeitsverhalten für den Arbeitgeber dienen könnten.

Bortz und Döring (2002) nennen als wichtigste ethische Problemfelder einer Untersuchung

- mangelnde Anonymisierung bzw. Missbrauch personenbezogener Daten und
- Beeinflussung bzw. physische oder psychische Beeinträchtigung der Untersuchungsteilnehmer.

Bei der Überprüfung der ethischen Unbedenklichkeit einer empirischen Untersuchung sollten daher folgende Aspekte beachtet werden (Bortz & Döring, 2002):

- die Abwägung des wissenschaftlichen Fortschritts gegenüber der Würde des Menschen
- die persönliche Verantwortung des Untersuchungsleiters für eventuelle Vorkommnisse
- die Pflicht des Untersuchungsleiters, die Teilnehmer über die Untersuchung und die Ergebnisse zu informieren
- eine freiwillige Teilnahme der Probanden an der Untersuchung
- die Vermeidung körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen. Zu diesen zählen auch Empfindungen wie Überforderung, Angst, Erschöpfung und Bloßstellung.
- die Gewährleistung der Anonymität der Ergebnisse.

Um die vorliegende Untersuchung ethisch adäquat zu gestalten, wurden die Teilnehmer im Begleitschreiben und in der Fragebogeneinleitung über Zweck der Erhebung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die absolut vertrauliche Behandlung der Daten informiert. Bei den Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen wurden die Kontaktdaten der Untersuchungsleiter (Telefonnummer und email - Adresse) hinterlassen, um bei eventuellen Problemen nachfragen zu können. Die Zustimmung der Pflegedienstleitung zu der Untersuchung war unbedingte Voraussetzung für die Durchführung. Die Leitungen wurden vor Verteilen der Fragebögen schriftlich und persönlich über Zweck und Ablauf der Erhebung informiert.

Zur Wahrung der Anonymität wird die Darstellung der Ergebnisse nur auf die Gruppen (Akutspital und Demenzstation) bezogen erfolgen. Auch die von den Institutionen gewünschte Rückmeldung zu den Ergebnissen im Anschluss an die Studie wird keine Rückschlüsse auf einzelne Stationen oder gar einzelne Teilnehmer ermöglichen.

8.4 Statistische Auswertung

Dieser Abschnitt zeigt die Verarbeitung der Daten im SPSS, den Umgang mit fehlenden Werten und stellt die zur Auswertung verwendeten statistischen Verfahren vor.

8.4.1 Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der Daten und deren statistische Auswertung erfolgte nach Abschluss der Fragebogenerhebung unter Verwendung des Statistikprogramms SPSS Version 16. Ergebnisse zu den Fragen mit freiem Antwortformat wurden in einem Word Dokument gesammelt.

Der folgende Teil erläutert, wie die Items des Fragebogens in das SPSS eingegeben und kodiert wurden und wie mit fehlenden Werten umgegangen wurde.

Soziodemographische Daten, Erfahrung, Wissensstand und ergänzende Informationen

In Tabelle 15 ist dargestellt, wie die Ergebnisse zu den soziodemographischen Daten, zu Erfahrung, Wissensstand und zu ergänzenden Informationen im SPSS kodiert wurden.

Tabelle 15: *Darstellung der Punkte 1 bis 7, 11, 14 und 15 des Fragebogens im SPSS*

Abschnitt d. Fragebogens	Inhalt	Kodierung im SPSS
1	Alter	in Jahren
	Geschlecht	weiblich...1, männlich...2
	Arbeitsplatz	Krankenhaus...1, Pflegeheim...2 (Langzeitpflege...1, Demenzstation...2)
	Ausbildung	Diplomierte Pflegeperson...1, Pflegehelfer...2
	Form der Pflege	Gruppenpflege...1, Bezugspflege...2, Haupt-Beidienst...3
2	Beschäftigungsdauer	in Jahren

Abschnitt d. Fragebogens	Inhalt	Kodierung im SPSS
3	Ausbildungsabschluss	Zeit seit dem Abschluss in Jahren
4	Fort- und Weiterbildungen	ja...1, nein...0
		Schwerpunkt: 1...Kommunikation mit Demenzkranken, 2...Ethische Richtlinien, 3...medizinische Fachkurse, 4...Angehörigenbetreuung, 5...Sonstiges
		Anzahl der genannten Fortbildungen
5	Wohlbefinden im Arbeitsumfeld	Sehr gut...1, Gut...2, Schlecht...3, Sehr schlecht...4
6	Kenntnis des Pflegeleitbilds	Sehr gut...1, Gut...2, Schlecht...3, Gar nicht...4
7	Übereinstimmung des Pflegeleitbilds mit eigenen Vorstellungen	Sehr gut...1, Gut...2, Schlecht...3, Gar nicht...4
11	Verbesserungsvorschläge: <ul style="list-style-type: none"> - Rahmenbedingungen - Zur Verfügung stehendes Personal - Erfahrung, Routine - Andere Gründe 	<p>angekreuzt ja...1, nein...0</p> <p>angekreuzt ja...1, nein...0</p> <p>angekreuzt ja...1, nein...0</p> <p>angekreuzt ja...1, nein...0</p>
14	Pflegequalität (Rahmenbedingungen, Personal, Erfahrung, anderes)	freies Antwortformat: genannt: ja...1, nein...0 (jeweils genannt: ja...1, nein...0)

Abschnitt d. Fragebogens	Inhalt	Kodierung im SPSS
15	Interesse an Fortbildungen	ja...1, nein...0
	Schwerpunkte: <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation - Ethische Richtlinien - Medizinische Fachkurse - Angehörigenbetreuung - Sonstiges 	jeweils angekreuzt ja...1, nein...0
	Rahmenbedingungen	freies Antwortformat: genannt: ja...1, nein...0

Zeitaufwand für den demenzkranken Patienten

Beim Zeitaufwand für einen demenzkranken Patienten wurden der Ist-Zustand und der Optimalzustand in Minuten für einzelne pflegerische Tätigkeiten erhoben. Um die Gruppen besser vergleichen zu können, wurde aus diesen Zeitangaben im SPSS ein Differenzwert (Ist-Zustand minus Optimalzustand) gebildet. Für die Interpretation würde zum Beispiel ein negativer Wert bedeuten, dass die Pflegepersonen den optimalen Zeitaufwand höher einschätzen würden als den realen.

Autonomie des demenzkranken Patienten

Zu vier Autonomieaspekten wurden die Pflegepersonen befragt, inwiefern sie die Berücksichtigung dieses Aspektes wichtig finden und inwieweit sie diesen Aspekt im Alltag berücksichtigen können. Tabelle 16 zeigt die Verrechnung im SPSS.

Tabelle 16: Darstellung Punkt 10 „Autonomie“ im SPSS

„Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.“	Stimme zu...1 Stimme eher zu...2 Stimme eher nicht zu...3 Stimme nicht zu...4
„Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ... berücksichtigt werden.“	sehr gut...1 eher gut...2 eher schlecht...3 sehr schlecht...4

Aus den Ergebnissen wurde je ein Summenscore zur Wichtigkeit der Berücksichtigung und zur Möglichkeit der Berücksichtigung im Pflegealltag gebildet. Dieser kann Werte zwischen 4 und 16 annehmen. Ein niedriger Wert im Teil zur Wichtigkeit der Autonomie bedeutet zum Beispiel, dass die Pflegeperson die Berücksichtigung des Autonomieaspektes wichtig findet. Ein niedriger Wert im zweiten Teil bedeutet, dass die Pflegeperson den Autonomieaspekt im Pflegealltag gut berücksichtigen kann.

Pflegekonzepte

Punkt 12 des Fragebogens erfasst den konzeptuellen Hintergrund der Pflege. Die 12 Items geben jeweils zwei Alternativen zur Auswahl: eine Aussage, die einer realitätsorientierten Haltung entspricht und eine Aussage, die einem personenzentrierten Zugang entspricht.

Im SPSS wurden die realitätsorientierten Statements mit 0, die personenzentrierten mit 1 kodiert. Über die Items wurde ein Summenscore berechnet, der Werte zwischen 0 und 12 annehmen kann, wobei ein niedriger Wert einer eher realitätsorientierten Pflege, ein höherer Wert einem eher personenzentrierten Zugang entspricht.

Belastungserleben (M-NCAS)

Die 28 Items der M-NCAS (Punkt 13 des Fragebogens) zeigen 28 mögliche Verhaltensweisen von demenzkranken Patienten. In zwei Skalen werden Einstellung der Pflegeperson zu diesem Verhalten und die erlebte Belastung durch dieses Verhalten erhoben. Tabelle 17 zeigt die im SPSS zugeordneten Zahlenwerte.

Tabelle 17: *Darstellung Punkt 13 (M-NCAS) im SPSS*

Ich ...	stimme zu...1
	stimme eher zu...2
	stimme eher nicht zu...3
	stimme nicht zu...4
Der Umgang damit fällt mir ...	sehr leicht...1
	leicht...2
	schwer...3
	sehr schwer...4

Pro Skala wurde für jede Testperson ein Mittelwertscore gebildet. Dieser kann Werte zwischen 1 und 4 annehmen.

Um eine einheitliche Richtung zu bekommen wurden für die Einstellungsskala alle Items, die negative Verhaltensweisen repräsentieren, umkodiert. Es handelt sich hierbei um die Items 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 25 und 28.

Für die Interpretation bedeutet das: je niedriger der Wert in der Einstellungsskala, umso positiver ist die Einstellung der Pflegeperson. Je niedriger der Wert in der Belastungsskala, umso geringer ist die Belastung der Pflegeperson. Folglich sprechen hohe Scores für eine negative Einstellung und eine höhere Belastung.

Handhabung von fehlenden Werten

Fehlende Werte wurden im SPSS mit der Zahl 999 kodiert.

Betroffene Abschnitte des Fragebogens wurden in der Datenanalyse nicht berücksichtigt. Bei einem Fehlen von über 50% der Antworten wurde der gesamte Fragebogen aus der Analyse ausgeschlossen. Mummendey und Grau (2008) betonen, dass die Aussagekraft eines Bogens begrenzt ist, sobald Personen mehrere Fragen nicht beantwortet haben. Auf Wertschätzungen zur Ergänzung der fehlenden Angaben wurde daher in der Auswertung verzichtet.

8.4.2 Auswertungsmethoden

Die zur Auswertung verwendeten Verfahren umfassen deskriptivstatistische Methoden zur Beschreibung der Daten, inferenzstatistische Methoden zur Hypothesentestung und Verfahren zur Überprüfung der Gütekriterien des Fragebogens. Sie sollen im folgenden Abschnitt näher vorgestellt werden.

Im Rahmen der *Deskriptivstatistik* finden in der vorliegenden Untersuchung vor allem Häufigkeitstabellen, Balken- und Kreisdiagramme, statistische Kennwerte zur Darstellung der zentralen Tendenz (Mittelwerte und Medianwerte) und der Streuung (Standardabweichung), sowie Prozentwerte und bei Bedarf Angaben zu Minimum und Maximum Anwendung.

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgt durch die Berechnung von Zusammenhängen in Form von Korrelationen und durch die Bestimmung von Unterschieden in Form von Mittelwerts- und Häufigkeitsvergleichen.

Als *unabhängige Variablen* gelten die Stichproben Akutspital und Demenzstation. Die im Fragebogen erhobenen Daten stellen die *abhängigen Variablen* dar.

Zusammenhänge werden bei Intervallskalenniveau und Normalverteilung der Daten durch Berechnung einer *Produkt-Moment-Korrelation* überprüft. Bei Verletzung der genannten Voraussetzungen wird eine *Rangkorrelation nach Spearman* berechnet. Der entstehende Korrelationskoeffizient liegt zwischen +1 und -1 und zeigt die Enge des linearen Zusammenhangs, lässt aber keine kausale Interpretation zu (Bortz, 2005).

Für den Mittelwertsvergleich der zwei voneinander unabhängigen Gruppen bietet sich die Anwendung eines *t-Tests für unabhängige Stichproben* an. Als Voraussetzungen für diese Methode gelten eine Normalverteilung der Daten und eine Homogenität der Varianzen in den zu vergleichenden Stichproben. Sind diese nicht erfüllt, muss auf ein verteilungsfreies Verfahren, in diesem Fall auf den *U-Test von Mann-Whitney* zum Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben zurückgegriffen werden. Dieses Verfahren wird auch für Daten verwendet, die nur Ordinalskalenniveau aufweisen (Bortz, 2005).

Die Überprüfung der Daten auf Normalverteilung erfolgt im SPSS mit dem *Kolmogoroff-Smirnov-Test*. Die Homogenität der Varianzen wird durch den *Levene-Test* ermittelt.

Für den Vergleich von Häufigkeiten wird bei dichotomen Variablen der *Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test* zur Anwendung kommen.

Für die genannten inferenzstatistischen Verfahren wird das in der Grundlagenforschung übliche *Signifikanzniveau* von $\alpha = 5\%$ angenommen. Die Alternativhypothese wird akzeptiert, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5% liegt (Bortz & Döring, 2002). Werden mehrere Werte für die Überprüfung einer globalen Hypothese herangezogen, so wird eine Alpha-Korrektur nach Bonferroni zur Anwendung kommen, um eine Alpha-Fehler-Kumulation zu vermeiden (Bortz, 2005).

Zur Fragebogenüberprüfung werden das Verfahren der Faktorenanalyse und das Verfahren der Reliabilitätsanalyse verwendet.

Die explorative *Faktorenanalyse* ist eine Methode zur Konstruktvalidierung. Sie gilt als datenreduzierendes Verfahren und überprüft „wie viele Dimensionen in einem Fragebogen enthalten bzw. sinnvoll zu unterscheiden sind“ (Mummendey & Grau, 2008, S. 129). Von den zahlreichen Verfahren der Faktorenanalyse zählt die Hauptkomponentenanalyse zu der wichtigsten Technik zur Bestimmung von Faktoren (Bortz, 2005). Eine eindeutige Zuordnung der Items zu einem Faktor wird durch eine Rotation der Faktoren erreicht (Mummendey & Grau, 2008). In der vorliegenden Auswertung wurde hierzu eine orthogonale (rechtwinklige) Rotation nach dem Varimax-Kriterium (Kaiser, 1958, 1959, nach Bortz, 2005) vorgenommen.

Die Bestimmung der Reliabilität des Fragebogens erfolgt über die Prüfung seiner inneren Konsistenz. Diese bedeutet, „dass ein Fragebogen dann genau misst, wenn die verschiedenen Fragebogenteile dasselbe Ergebnis erbringen“ (Mummendey & Grau, 2008, S. 100).

Ausgedrückt wird die innere Konsistenz in dem Koeffizienten Cronbach's Alpha (α), das eine untere Grenze der Reliabilität angibt (Kubinger, 1996). Zu der Höhe von Cronbach's α schreiben Mummendey und Grau (2008): „Bei Einstellungsfragebogen können Reliabilitätskoeffizienten in der Größenordnung um .80 bereits als gut gelten, bei sehr kurzen Fragebogen werden auch Werte ab .70 akzeptiert.“ (S. 102). Durch Elimination einzelner Items mit niedrigen Itemtrennschärfen in der *Reliabilitätsanalyse* kann Cronbach's α mitunter verbessert werden.

9 Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Fragebogenüberprüfung mittels Faktoren- und Reliabilitätsanalysen, die deskriptiven Ergebnisse der Untersuchung sowie die Ergebnisse der hypothesenprüfenden Verfahren vorgestellt.

9.1 *Überprüfung des Untersuchungsinstruments*

Für die Überprüfung der Gütekriterien Validität und Reliabilität des Fragebogens (siehe auch 8.3.5 und 8.4.2) wurden für einzelne Abschnitte Faktorenanalysen und Reliabilitätsanalysen durchgeführt.

Um einen möglichst großen Stichprobenumfang für die Anwendung dieser Verfahren zu bekommen, wurde der Datensatz der Gruppen Akutspital und Demenzstation um die Ergebnisse der Langzeitpflegestationen aus der Untersuchung von Birgit O'Sheedy erweitert. Insgesamt konnte so auf 237 ausgefüllte Fragebögen zurückgegriffen werden.

9.1.1 Überprüfung der Skala „Autonomie“

Für die Überprüfung der Skala “Autonomie des demenzkranken Patienten” (Punkt 10 des Fragebogens) kamen Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse zur Anwendung.

Faktorenanalyse

Für die faktorenanalytische Überprüfung der Skala Autonomie wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation durchgeführt. Die Analyse der 8 Items in der vorliegenden Stichprobe ($N = 221$) ergab eine zweifaktorielle Lösung.

In Tabelle 18 sind die Faktorladungen und Kommunalitäten der einzelnen Items dargestellt. Faktor 1 erklärte 28.8% der Gesamtvarianz, Faktor 2 27.3%. Zusammen konnten die beiden Faktoren 56.1% der Varianz erklären. Die Eigenwerte beider Faktoren waren größer als 2 (Faktor 1: $\lambda = 2.30$, Faktor 2: $\lambda = 2.18$).

Tabelle 18: *Faktorenanalyse Autonomie*

Item	Faktor 1	Faktor 2	Kommunalitäten
	<i>Einstellung</i>	<i>Umsetzbarkeit</i>	<i>h²</i>
Aspekt Privatsphäre – „wichtig“	.82	-.00	.67
Aspekt Bewegungsfreiheit – „wichtig“	.78	.18	.63
Aspekt Handeln – „wichtig“	.77	-.01	.60
Aspekt Entscheiden – „wichtig“	.57	.21	.37
Aspekt Bewegungsfreiheit – „berücksichtigt“	.10	.82	.69
Aspekt Entscheiden – „berücksichtigt“	.01	.79	.62
Aspekt Handeln – „berücksichtigt“	.04	.73	.53
Aspekt Privatsphäre – „berücksichtigt“	.32	.53	.39

Inhaltlich entsprach die Aufteilung der Items zu den Faktoren der Einteilung im Fragebogen und unterstützte so die Annahme einer Skala zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten (Einstellung) und einer Skala zur Möglichkeit der Berücksichtigung der Autonomie im Pflegealltag (Umsetzbarkeit).

Reliabilitätsanalyse

Zur Reliabilitätsüberprüfung für die Skala Autonomie wurde für die beiden Subskalen „Einstellung zur Autonomie“ und „Umsetzbarkeit der Autonomie“ die innere Konsistenz mittels Cronbach's Alpha bestimmt (Tabelle 19).

Tabelle 19: *Reliabilitätsanalyse Autonomie*

Skala	k	N	M	SD	Cronbach's α	Itemtrennschärfe
Autonomie						
Einstellung	4	231	5.31	1.61	.69	.46 - .66
Umsetzbarkeit	4	223	7.54	2.17	.72	.40 - .61

Anmerkung: k = Itemanzahl, N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Cronbach's Alpha (α), (korrigierte) Itemtrennschärfe.

Die innere Konsistenz konnte mit $\alpha = .69$ für die Skala zur Einstellung und $\alpha = .72$ für die Skala zur Umsetzbarkeit der Autonomie als ausreichend betrachtet werden (siehe auch 8.4.2). Die Itemtrennschärfen wiesen keine Besonderheiten auf.

9.1.2 Überprüfung der Skala „Pflegekonzepte“

Aufgrund dichotomer Items wurde für den Fragebogenabschnitt zum konzeptuellen Hintergrund der Pflege (Punkt 12) keine Faktorenanalyse durchgeführt.

Reliabilitätsanalyse

Die Berechnung der inneren Konsistenz ergab für 12 Items ein Cronbachs' Alpha von .57. Die korrigierten Itemtrennschärfen der Items 8 und 9 waren mit -.10 und .08 unzureichend. Nach Entfernung dieser beiden Items konnte Cronbach's Alpha auf den akzeptablen Wert von .70 erhöht werden (Tabelle 20).

Tabelle 20: Reliabilitätsanalyse Pflegekonzepte

Skala	k	N	M	SD	Cronbach's α	Itemtrennschärfe
Pflegekonzepte „alle Items“	12	171	8.85	2.17	.57	-.10 - .42
Pflegekonzepte „reduzierte Items“	10	178	7.47	1.98	.70	.20 - .45

Anmerkung: k = Itemanzahl, N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Cronbach's Alpha (α), (korrigierte) Itemtrennschärfe.

9.1.3 Überprüfung der Skala „Belastungserleben“ (MNCAS)

Der 28 Items umfassende Fragebogenteil der MNCAS (Punkt 13 des Fragebogens) besteht aus einer Skala zur Einstellung der Pflegepersonen zu den demenzspezifischen Verhaltensweisen des Patienten und aus einer Skala zur Belastung der Pflegepersonen durch diese Verhaltensweisen. Für die Fragebogenüberprüfung wurden diese beiden Skalen getrennt betrachtet.

Faktorenanalyse Einstellungsskala

Die faktorenanalytische Überprüfung der 28 Items der Einstellungsskala erfolgte mittels Hauptkomponentenanalyse und orthogonaler Varimax – Rotation. Es stand eine Stichprobe von 141 bearbeiteten Fragebögen zur Verfügung.

Für die Festlegung der Faktorenanzahl wurde die im Eigenwertdiagramm aufscheinende Diskontinuität nach dem 2. Faktor herangezogen (Abbildung 5).

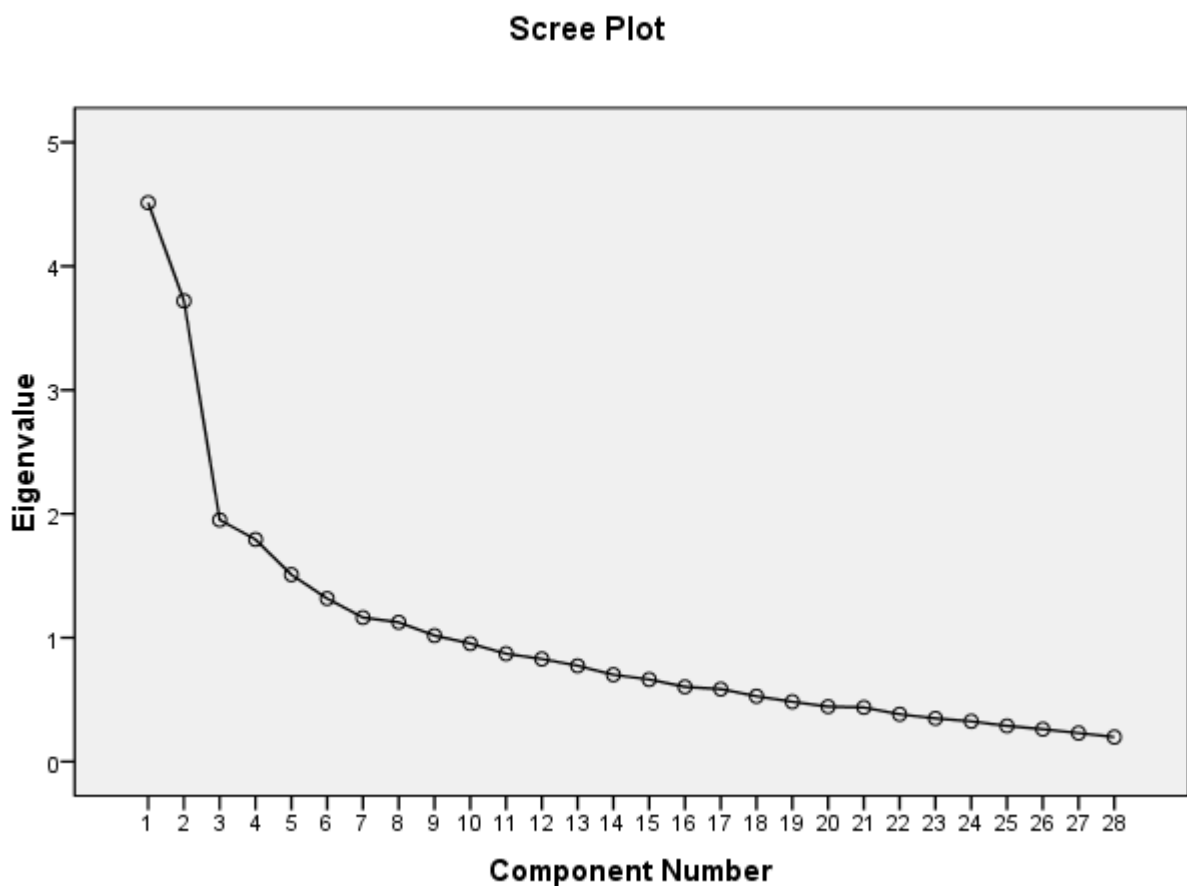


Abbildung 5: Eigenwertdiagramm Faktorenanalyse Einstellungsskala (MNCAS)

Tabelle 21 zeigt die Faktorladungen und Kommunalitäten der Items der zweifaktoriellen Lösung. Die Ladungen des Faktors 1 lagen zwischen .27 und .74, die des Faktors 2 zwischen .36 und .70.

Tabelle 21: Faktorenanalyse Einstellungsskala MNCAS

Item (Nummer)	Faktor 1	Faktor 2	h ²
<i>sind aggressiv und feindlich (25)^R</i>	.74	.14	.57
<i>sind undankbar (13)^R</i>	.70	.13	.51
<i>sind stur und eigensinnig (24)^R</i>	.68	.24	.51
<i>sind manipulierend (12)^R</i>	.53	-.31	.38
<i>haben ein leeres Leben (23)^R</i>	.52	.24	.32
<i>sind einsam (15)^R</i>	.52	-.14	.29
<i>sind unberechenbar (3)^R</i>	.49	.13	.26
<i>sind paranoid (10)^R</i>	.49	-.04	.24
<i>brauchen jemanden die ganze Zeit in der Nähe, sind fordernd (22)^R</i>	.49	-.24	.30
<i>scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten (1)^R</i>	.44	.13	.21
<i>sind egoistisch (7)^R</i>	.43	-.13	.20
<i>geben keine Jobzufriedenheit (28)^R</i>	.41	.30	.26
<i>sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben (6)^R</i>	.40	-.26	.22
<i>sind oft absichtlich schwierig (17)^R</i>	.37	-.23	.19
<i>sind ängstlich (2)^R</i>	.36	-.17	.16
<i>müssen sich in erster Linie auf sich selbst konzentrieren, um zurecht zu kommen (16)^R</i>	.30	-.29	.17
<i>tun Dinge oft aus einem Grund heraus (4)</i>	-.30	.20	.13
<i>sind verängstigt, verletzlich (14)^R</i>	.27	-.19	.11
<i>sind dankbar (9)</i>	.11	.70	.47
<i>haben ein sinnvolles Leben (26)</i>	.12	.67	.47
<i>stellen eine dankbare Arbeit dar (8)</i>	.04	.67	.44
<i>sind umgänglich und kooperativ (27)</i>	.08	.64	.41

<i>sind freundlich (21)</i>	.15	.57	.35
<i>versuchen ihre Unabhängigkeit zu behalten (18)</i>	-.11	.51	.27
<i>wissen was sie wollen und treten für sich selbst ein (19)</i>	-.15	.42	.20
<i>sind ruhig (5)</i>	-.21	.41	.21
<i>suchen oft Aufmerksamkeit (11)^R</i>	.28	-.39	.22
<i>scheinen eine normale Spannbreite von Emotionen zu erleben (20)</i>	-.05	.36	.13

Anmerkung: Die für die Einstellungsskala rekodierten Items sind mit ^R gekennzeichnet. h^2 = Kommunalitäten.

Bei der inhaltlichen Interpretation wurde dem Faktor 1 die Bezeichnung „*herausfordernde Verhaltensweisen*“ gegeben. Dieser Faktor umfasst 18 Items. Faktor 2 repräsentiert „*konstruktive Verhaltensweisen*“ und wird von 10 Items gebildet.

In Tabelle 22 sind die Eigenwerte der Faktoren und ihre Anteile an der erklärten Varianz angeführt. Zusammen konnten die beiden Faktoren 29.4% der Gesamtvarianz erklären.

Tabelle 22: *Eigenwerte und erklärte Varianz der Faktoren zur Einstellungsskala*

	Eigenwert λ	% erklärter Varianz
Faktor 1 <i>herausfordernde Verhaltensweisen</i>	4.48	16.0
Faktor 2 <i>konstruktive Verhaltensweisen</i>	3.76	13.4

Reliabilitätsanalyse Einstellungsskala

Die Berechnung der Reliabilitäten ergab für den Faktor 1 der Einstellungsskala „*herausfordernde Verhaltensweisen*“ ein Cronbach's Alpha von .80, für den Faktor 2 „*konstruktive Verhaltensweisen*“ ein Cronbach's Alpha von .73 (Tabelle 23). Diese Reliabilitäten konnten als ausreichend betrachtet werden. Auch die korrigierten Itemtrennschärfen lagen in einem positiven Wertebereich.

Tabelle 23: Reliabilitätsanalyse Einstellungsskala MNCAS

Faktor	k	N	M	SD	Cronbach's α	Itemtrennschärfe
1. herausfordernde Verhaltensweisen	18	163	46.08	7.34	.80	.22 - .65
2. konstruktive Verhaltensweisen	10	174	24.16	4.58	.73	.23 - .54

Anmerkung: k = Itemanzahl, N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Cronbach's Alpha (α), (korrigierte) Itemtrennschärfe.

Faktorenanalyse Belastungsskala

Die faktorenanalytische Überprüfung der 28 Items der Belastungsskala erfolgte mittels Hauptkomponentenanalyse und orthogonaler Varimax – Rotation anhand einer Stichprobe von 87 bearbeiteten Fragebögen.

Für die Festlegung der Faktorenanzahl wurde die im Eigenwertdiagramm aufscheinende Diskontinuität nach dem 4. Faktor herangezogen (Abbildung 6).

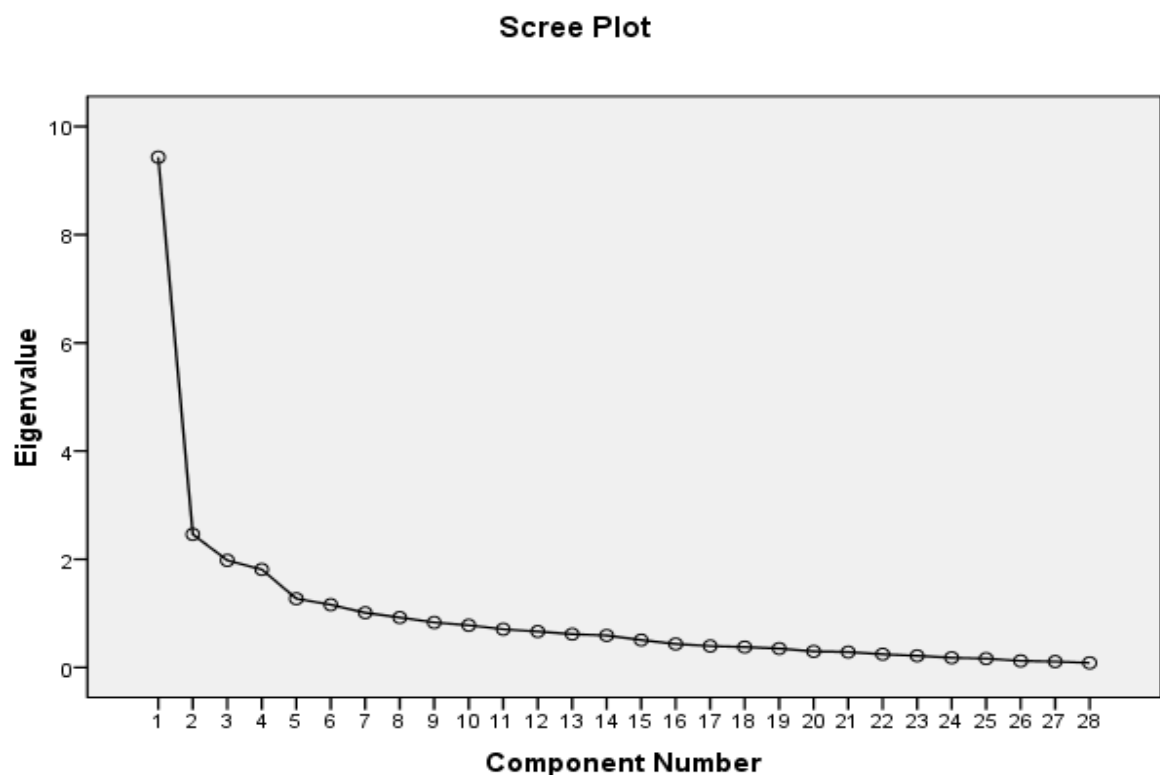


Abbildung 6: Eigenwertdiagramm Faktorenanalyse Belastungsskala (MNCAS)

Die Ladungen des Faktors 1 lagen zwischen .39 und .78, die des Faktors 2 zwischen .56 und .78, die des Faktors 3 zwischen .54 und .81 und die Ladungen des Faktors 4 zwischen .66 und .82.

Tabelle 24 zeigt die Faktorladungen und Kommunalitäten der Items der vier Faktoren.

Tabelle 24: Faktorenanalyse Belastungsskala MNCAS

Item (Nummer)	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	h ²
<i>brauchen jemanden die ganze Zeit in der Nähe, sind fordernd</i> (22)	.78	.19	-.03	.20	.68
<i>sind stur und eigensinnig</i> (24)	.76	.04	.12	.15	.61
<i>sind aggressiv und feindlich</i> (25)	.70	-.22	.20	.08	.59
<i>sind oft absichtlich schwierig</i> (17)	.67	.08	.08	.32	.57
<i>scheinen eine normale Spannbreite von Emotionen zu erleben</i> (20)	.62	.38	.30	.03	.61
<i>haben ein leeres Leben</i> (23)	.61	.32	.23	.04	.52
<i>versuchen ihre Unabhängigkeit zu behalten</i> (18)	.59	.14	.48	.01	.61
<i>sind unberechenbar</i> (3)	.54	.18	.21	.27	.44
<i>sind paranoid</i> (10)	.53	-.03	.34	.31	.49
<i>wissen was sie wollen und treten für sich selbst ein</i> (19)	.51	.18	.43	.14	.50
<i>geben keine Jobzufriedenheit</i> (28)	.45	.35	.25	.08	.39
<i>tun Dinge oft aus einem Grund heraus</i> (4)	.41	.35	.30	-.04	.39
<i>sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben</i> (6)	.39	.24	.23	.12	.28
<i>stellen eine dankbare Arbeit dar</i> (8)	.03	.78	.11	.36	.75

<i>sind ruhig (5)</i>	.06	.76	.08	-.14	.60
<i>sind umgänglich und kooperativ (27)</i>	.24	.70	.18	.15	.59
<i>sind dankbar (9)</i>	-.05	.63	.15	.51	.68
<i>sind freundlich (21)</i>	.18	.60	.27	.40	.63
<i>haben ein sinnvolles Leben (26)</i>	.45	.56	-.09	-.20	.57
<i>sind verängstigt, verletzlich (14)</i>	.15	-.01	.81	.17	.71
<i>sind ängstlich (2)</i>	.06	-.05	.66	.14	.46
<i>müssen sich in erster Linie auf sich selbst konzentrieren, um zurecht zu kommen (16)</i>	.37	.22	.65	.02	.61
<i>suchen oft Aufmerksamkeit (11)</i>	.17	.26	.60	.28	.53
<i>sind einsam (15)</i>	.29	.27	.55	-.01	.46
<i>scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten (1)</i>	.12	.41	.54	-.03	.47
<i>sind undankbar (13)</i>	.08	.08	.28	.82	.76
<i>sind egoistisch (7)</i>	.37	-.01	.03	.73	.67
<i>sind manipulierend (12)</i>	.27	.13	.04	.66	.53

Anmerkung: h^2 = Kommunalitäten

Bei der inhaltlichen Betrachtung wurden den Faktoren die Bezeichnungen Faktor 1: „*herausforderndes Verhalten*“ (bestehend aus 13 Items), Faktor 2: „*konstruktives Verhalten*“ (6 Items), Faktor 3: „*unsicheres Verhalten*“ (6 Items) und Faktor 4: „*negativ beschreibend*“ (3 Items) gegeben. Die Ähnlichkeit der Bezeichnungen der ersten beiden Faktoren zu den Faktoren der Einstellungsskala ergab sich aufgrund von Übereinstimmungen bei den faktorenkonstruierenden Items.

In Tabelle 25 sind die Eigenwerte der Faktoren, ihre Anteile an der erklärten Varianz und der kumulierte Varianzanteil angeführt.

Alle vier Faktoren hatten einen Eigenwert über 2 und konnten gemeinsam 56.0% der Gesamtvarianz erklären.

Tabelle 25: Eigenwerte und erklärte Varianz der Faktoren zur Belastungsskala

	Eigenwert λ	% erklärter Varianz	% kumulierte Varianz
Faktor 1 herausforderndes Verhalten	5.37	19.2	19.2
Faktor 2 konstruktives Verhalten	3.84	13.7	32.9
Faktor 3 unsicheres Verhalten	3.69	13.2	46.1
Faktor 4 negativ beschreibend	2.78	9.9	56.0

Reliabilitätsanalyse Belastungsskala

Die Reliabilitätsanalyse zur Belastungsskala ergab für alle vier Faktoren mit Werten zwischen .78 und .91 akzeptable bis gute innere Konsistenzen (Tabelle 26). Die Itemtrennschärfen wiesen keine Besonderheiten auf. Die von Faktor 1 bis Faktor 4 abnehmenden Reliabilitäten könnten auf eine sinkende Itemanzahl in den Faktoren zurückzuführen sein.

Tabelle 26: Reliabilitätsanalyse Belastungsskala MNCAS

Faktor	k	N	M	SD	Cronbach's α	Itemtrennschärfe
1. herausforderndes Verhalten	13	109	31.17	6.26	.91	.46 - .71
2. konstruktives Verhalten	6	126	13.01	3.13	.82	.42 - .67
3. unsicheres Verhalten	6	137	13.51	2.94	.81	.45 - .68
4. negativ beschreibend	3	140	6.66	1.72	.78	.59 - .65

Anmerkung: k = Itemanzahl, N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Cronbach's Alpha (α), (korrigierte) Itemtrennschärfe.

9.1.4 Zusammenfassung der Fragebogenüberprüfung

Die Faktorenanalyse zur Skala „*Autonomie des demenzkranken Patienten*“ ergab der Einteilung im Fragebogen entsprechend zwei Faktoren. Diese wurden mit „Einstellung“ zur Autonomie des Patienten und „Umsetzbarkeit“ der Autonomie im Pflegealltag benannt. Die Reliabilitätsanalyse ergab mit $\alpha = .69$ für die Skala zur Einstellung und $\alpha = .72$ für die Skala zur Umsetzbarkeit ausreichend hohe innere Konsistenzen.

Bei der Überprüfung der Skala „*Pflegekonzepte*“ mittels Reliabilitätsanalyse mussten zwei Items aufgrund unzureichender Itemtrennschärfen entfernt werden. Die innere Konsistenz der verbleibenden 10 Items konnte so auf einen akzeptablen Wert von $\alpha = .70$ erhöht werden.

Bei der *Einstellungsskala der MNCAS* (Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen) resultierten aus der Faktorenanalyse zwei Faktoren. Faktor 1 wurde mit „herausfordernde Verhaltensweisen“ benannt und erlangte in der Reliabilitätsanalyse ein Cronbach's Alpha von .80. Faktor 2 repräsentierte „konstruktive Verhaltensweisen“. Die innere Konsistenz dieses Faktors lag bei $\alpha = .73$.

Die Faktorenanalyse der *Belastungsskala der MNCAS* (Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen) ergab vier Faktoren (herausforderndes Verhalten, konstruktives Verhalten, unsicheres Verhalten, negativ beschreibend). Die berechneten inneren Konsistenzen waren mit den Werten .91 (herausforderndes Verhalten), .82 (konstruktives Verhalten), .81 (unsicheres Verhalten) und .78 (negativ beschreibend) ausreichend bis gut.

9.2 Deskriptivstatistik

Die Gesamtstichprobe der vorliegenden Untersuchung umfasste 167 verwertbare Fragebögen (siehe Rücklaufstatistik 8.3.3), von denen 98 aus der Stichprobe Akutspital und 69 aus der Stichprobe der Demenzstation stammten.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Punkten des verwendeten Fragebogens näher beschrieben. Berücksichtigt werden hierbei auch die Ergebnisse der Faktoren- und Reliabilitätsanalysen.

9.2.1 Soziodemographische Daten

Alter

Das durchschnittliche Alter der Testpersonen betrug in der Gesamtstichprobe 36,79 Jahre ($N = 159$, $M = 36.79$, $MD = 37$, $SD = 9.76$)¹⁰. Im Akutspital waren die Pflegepersonen zwischen 21 und 58 ($N = 93$, $M = 34.75$, $MD = 33$, $SD = 9.52$), auf den Demenzstationen zwischen 20 und 58 Jahren alt ($N = 66$, $M = 39.65$, $MD = 40$, $SD = 9.43$).

Geschlecht

Die Gesamtstichprobe bestand zu 91.6% aus weiblichen und zu 8.4% aus männlichen Teilnehmern. In der Gruppe Akutspital füllten 92 Frauen (93.9%) und 6 Männer (6.1%) den Fragebogen aus. Auf den Demenzstationen nahmen 61 Frauen (88.4%) und 8 Männer (11.6%) an der Befragung teil.

Ausbildung

Bezüglich ihrer abgeschlossenen Ausbildung gaben in der Gesamtstichprobe von 167 Pflegepersonen 129 an, diplomiert zu sein (77.2%), und 38 Pflegehelfer zu sein (22.8%). In der Gruppe Akutspital gaben von 98 Personen 94 an, diplomierte Pflegepersonen zu sein (95.9%), und 4 an, Pflegehelfer zu sein (4.1%). Auf den Demenzstationen waren 35 der 69 Teilnehmer diplomiert (50.7%) und 34 Pflegehelfer (49.3%).

Form der Pflege

Zur Organisationsform der Pflege gab der Großteil der Pflegepersonen (im Akutspital 90.8%, auf den Demenzstationen 78.3%) an, in Bezugspflege-Form zu arbeiten (Tabelle 27).

¹⁰ N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, MD = Median, SD = Standardabweichung

Tabelle 27: Organisationsform der Pflege(in Häufigkeiten)

Akutspital			Demenzstation		Gesamtstichprobe	
Pflegeform	N	%	N	%	N	%
Gruppenpflege	5	5.1	6	8.7	11	6.6
Bezugspflege	89	90.8	54	78.3	143	85.6
Haupt-Beidienst	0	0.0	1	1.4	1	0.6
Missing	4	4.1	8	11.6	12	7.2
Gesamt	98	100.0	69	100.0	167	100.0

Anmerkung: N = Anzahl, % = Prozent, Missing = fehlende Werte

9.2.2 Erfahrung und Wissensstand

In Tabelle 28 sind die Ergebnisse zur Erfahrung der Pflegepersonen – operationalisiert durch ihre Beschäftigungsdauer in Jahren und die Zeit seit ihrem Ausbildungsabschluss in Jahren – dargestellt. Im Durchschnitt hatten die Pflegepersonen im Akutspital bereits 6.66 Jahre in dem jeweiligen Stationsbereich gearbeitet und hatten ihre Ausbildung vor 12.72 Jahren abgeschlossen. Auf den Demenzstationen betrug die mittlere Beschäftigungsdauer 2.80 Jahre, die Zeit seit dem Ausbildungsabschluss 10.78 Jahre.

Tabelle 28: Beschäftigungsdauer und Zeit seit dem Ausbildungsabschluss (in Jahren)

Beschäftigungsdauer (in Jahren)							Zeit seit dem Ausbildungsabschluss (in Jahren)					
	N	M	MD	SD	MIN	MAX	N	M	MD	SD	MIN	MAX
Akutspital	96	6.66	5.0	6.37	0.5	40.0	94	12.72	10.5	9.66	1.0	41.0
Demenzstation	69	2.80	2.0	2.32	0.1	9.0	66	10.78	8.5	8.87	0.5	32.0
Gesamtstichprobe	165	5.04	3.0	5.42	0.1	40.0	160	11.92	10.0	9.36	0.5	41.0

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse anhand von Stichprobengröße (N), Mittelwert (M), Median (MD), Standardabweichung (SD), Minimum (MIN) und Maximum (MAX).

Bezüglich Wissensstand zum Umgang mit demenzkranken Patienten gaben in der Gesamtstichprobe 76 Personen (45.5%) an, bereits Fortbildungen zu dieser Thematik absolviert zu haben. Im Akutspital waren es 20 Pflegepersonen (20.4%), auf den Demenzstationen 56 Pflegepersonen (81.2%).¹¹ Abbildung 7 veranschaulicht die absolvierten Fortbildungen in den beiden Gruppen.

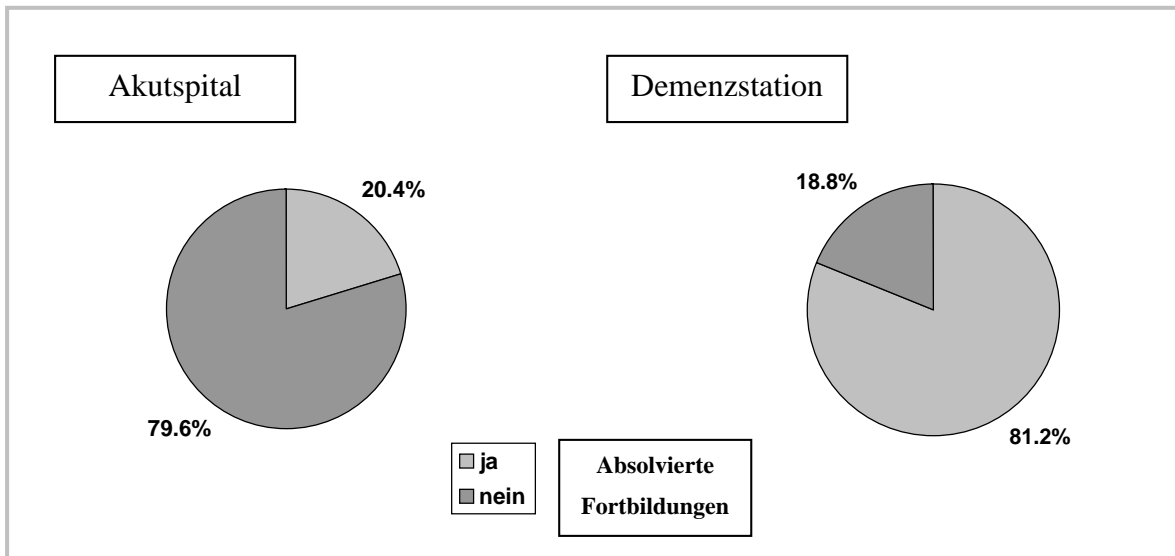


Abbildung 7: Absolvierte Fortbildungen (in Prozent angegeben)

In allen Fällen konnten die Fortbildungen dem Schwerpunkt „Kommunikation mit demenzkranken Patienten“ zugeordnet werden. Häufig genannte Inhalte und Themen waren Validation, Basale Stimulation und Umgang mit desorientierten/ demenzkranken Patienten. Außerdem hatten manche Pflegepersonen bereits an Fortbildungen zur reaktivierenden Pflege nach Böhm und zur Biographiearbeit teilgenommen.

Im Durchschnitt haben die Pflegepersonen des Akutspitals 0.29 Fortbildungen, die Pflegepersonen der Demenzstation 1.77 Fortbildungen besucht (Tabelle 29).

¹¹ Es wird davon ausgegangen, dass in den Fällen, wo keine Fortbildung genannt wird, die Pflegeperson auch tatsächlich keine Fortbildung besucht hat.

Tabelle 29: Anzahl absolvierter Fortbildungen

Anzahl absolvierter Fortbildungen						
	N	M	MD	SD	MIN	MAX
Akutspital	98	0.29	0.0	0.61	0	3
Demenzstation	69	1.77	1.0	1.49	0	7
Gesamtstichprobe	167	0.90	0.0	1.29	0	7

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse anhand von Stichprobengröße (N), Mittelwert (M), Median (MD), Standardabweichung (SD), Minimum (MIN) und Maximum (MAX).

9.2.3 Ergänzende Informationen

Arbeitsumfeld

Die Frage zum Wohlbefinden in ihrem Arbeitsumfeld beantworteten im Akutspital 49.0% der Pflegepersonen mit „sehr gut“ und 49.0% mit „gut“. Auf den Demenzstationen gaben 34.8% der Pflegepersonen an, sich in ihrem Arbeitsumfeld sehr gut, und 59.4% ,sich gut zu fühlen. In keiner der beiden Stichproben gaben Pflegepersonen an, sich in ihrem Arbeitsumfeld sehr schlecht zu fühlen (Tabelle 30).

Tabelle 30: Wohlbefinden im Arbeitsumfeld (in Häufigkeiten)

	Akutspital		Demenzstation		Gesamtstichprobe	
Wohlbefinden	N	%	N	%	N	%
„sehr gut“	48	49.0	24	34.8	72	43.1
„gut“	48	49.0	41	59.4	89	53.3
„schlecht“	1	1.0	3	4.3	4	2.4
„sehr schlecht“	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Missing	1	1.0	1	1.4	2	1.2
Gesamt	98	100.0	69	100.0	167	100.0

Anmerkung: N = Anzahl, % = Prozent, Missing = fehlende Werte

Pflegeleitbild

In den zwei Items zum Pflegeleitbild wurden die Pflegepersonen gefragt, wie gut sie das Pflegeleitbild ihres Arbeitgebers kennen und wie sehr dieses ihren eigenen Vorstellungen entspricht. In beiden Stichproben gab der Großteil der Pflegepersonen an, das Pflegeleitbild sehr gut oder gut zu kennen. In den meisten Fällen entspricht das Pflegeleitbild gut den eigenen Vorstellungen (Tabelle 31).

Tabelle 31: *Kennen des Pflegeleitbilds und Entsprechen den eigenen Vorstellungen (in Häufigkeiten)*

Akutspital			Demenzstation		Gesamtstichprobe	
Kennen des Pflegeleitbilds	N	%	N	%	N	%
„sehr gut“	34	34.7	22	31.9	56	33.5
„gut“	58	59.2	35	50.7	93	55.7
„schlecht“	4	4.1	1	1.4	5	3.0
„gar nicht“	1	1.0	0	0.0	1	0.6
Missing	1	1.0	11	15.9	12	7.2
Gesamt	98	100.0	69	100.0	167	100.0
Eigene Vorstellungen	N	%	N	%	N	%
„sehr gut“	24	24.5	12	17.4	36	21.6
„gut“	65	66.3	42	60.9	107	64.1
„schlecht“	7	7.1	3	4.3	10	6.0
„gar nicht“	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Missing	2	2.0	12	17.4	14	8.4
Gesamt	98	100.0	69	100.0	167	100.0

Anmerkung: N = Anzahl, % = Prozent, Missing = fehlende Werte

Faktoren zur Verbesserung der Pflegequalität

In Frage 11 konnten die Pflegepersonen einen oder mehrere Faktoren angeben, die ihnen helfen würden, die Pflege ihrer Patienten zu verbessern und deren Autonomie zu fördern. Am häufigsten wählten die Pflegepersonen den Faktor „Zur Verfügung stehendes Personal“ (Akutspital: 90.8%, Demenzstation: 79.7%). In Abbildung 8 sind die Ergebnisse zu den weiteren Faktoren „Rahmenbedingungen auf der Station“, „Erfahrung bzw. Routine im Umgang mit an Demenz Erkrankten“ und „Andere Gründe“ dargestellt.

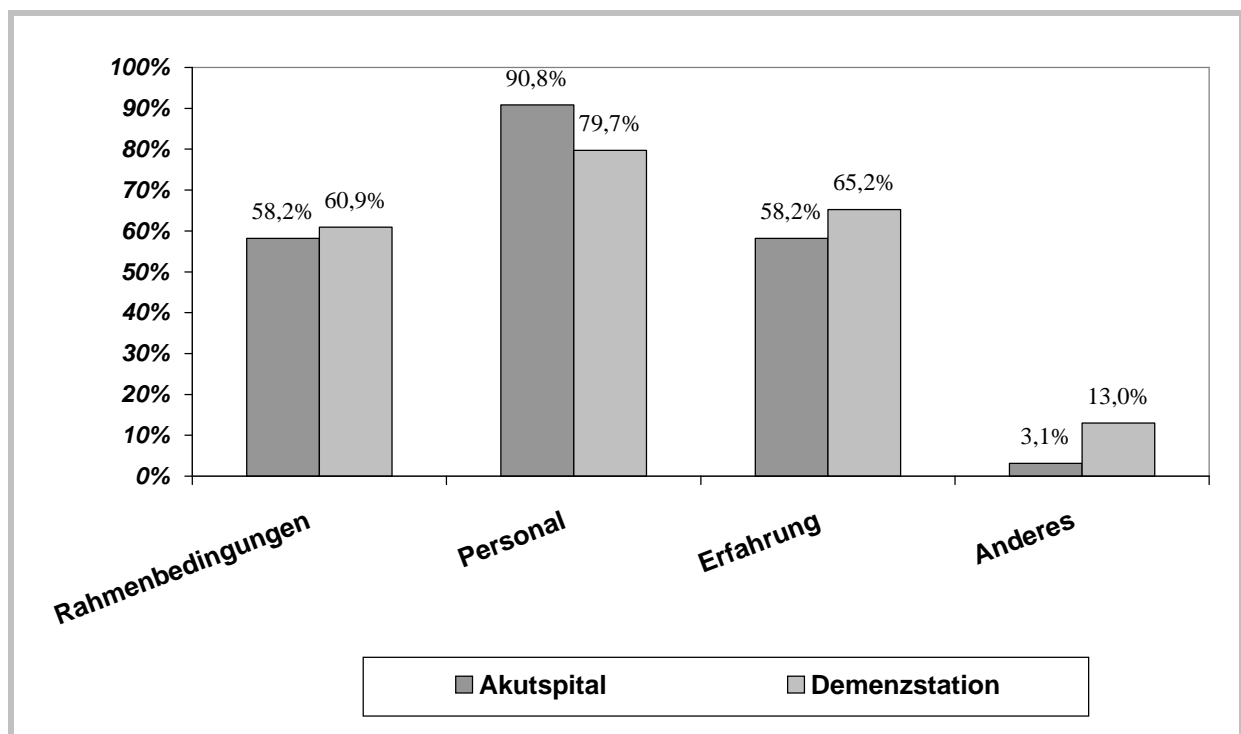


Abbildung 8: Angegebene Faktoren zur Verbesserung der Pflege und Förderung der Autonomie (in Prozent)

In Frage 14 konnten die Pflegepersonen nochmals frei formulieren, was ihnen helfen würde, die Pflegequalität im Umgang mit demenzkranken Patienten zu verbessern. Insgesamt beantworteten 106 Pflegepersonen (63.5%) dieses Item. In der Gruppe Akutspital äußerten sich 64 Pflegepersonen (65.3%) zu dieser Frage. In der Gruppe Demenzstation waren es 42 Personen (60.9%).

Die Aussagen der Pflegepersonen wurden ebenfalls den Faktoren „Rahmenbedingungen auf der Station“, „Zur Verfügung stehendes Personal“, „Erfahrung bzw. Routine im Umgang mit an Demenz Erkrankten“ und „Andere Gründe“ zugeordnet (Abbildung 9). Die Nennungen der

Pflegepersonen des Akutspitals konnten am häufigsten den Faktoren „Rahmenbedingungen“ (50.0%) und „Andere Gründe“ (40.8%) zugeordnet werden. Auf den Demenzstationen waren es die Faktoren „Personal“ (33.3%) und „Rahmenbedingungen“ (31.9%).

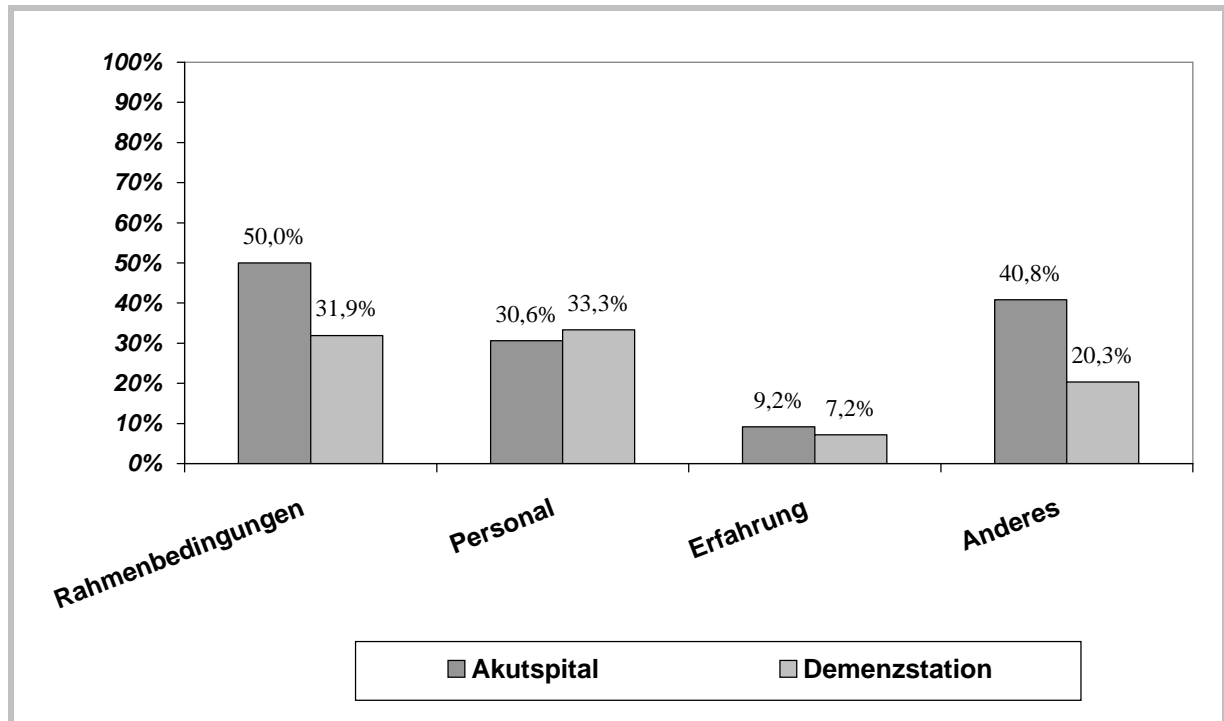


Abbildung 9: Den freien Antworten zur Pflegequalität zugeordnete Faktoren (in Prozent)

Zur Kategorie „Rahmenbedingungen“ fanden sich zum Beispiel Antworten wie *weniger Dokumentation, mehr Zeit, adäquate Räumlichkeiten, Tiere, Pflanzen, Arbeitsklima, störungsfreies Arbeiten, adaptierte räumliche Gegebenheiten*. Zu dem Faktor „Personal“ wurde neben der Anzahl der Pflegepersonen auch der Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern genannt. Folgende Aussagen wurden der Kategorie „Andere Gründe“ zugeordnet (ohne Hinweis auf die Häufigkeit ihrer Nennung): *Unterstützung, Supervision, psychologische Betreuung fürs Personal, Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, fachlicher Austausch, mehr Wissen über die Vergangenheit des Patienten, Biographiearbeit, Fortbildungen, speziell ausgebildetes Personal, Erwerb fachlicher Kompetenzen, Bezugspflege, Angehörigenbetreuung*, aber auch Variablen der Pflegeperson wie *Einstellung, Zuwendung, Geduld, innere Ruhe und Empathie*.

Interesse an Fortbildungen

In Punkt 15 des Fragebogens gaben insgesamt 146 Pflegepersonen (87.4%) Interesse an Fortbildungen an. Im Akutspital waren es 79 Personen (80.6%), auf den Demenzstationen 67 (97.1%). Abbildung 10 verdeutlicht die Schwerpunkte, für die sich die Pflegepersonen interessieren. Vor allem in der Gruppe Akutspital lag der Schwerpunkt mit 70.4% deutlich auf Fortbildungen zur Kommunikation mit demenzkranken Patienten.

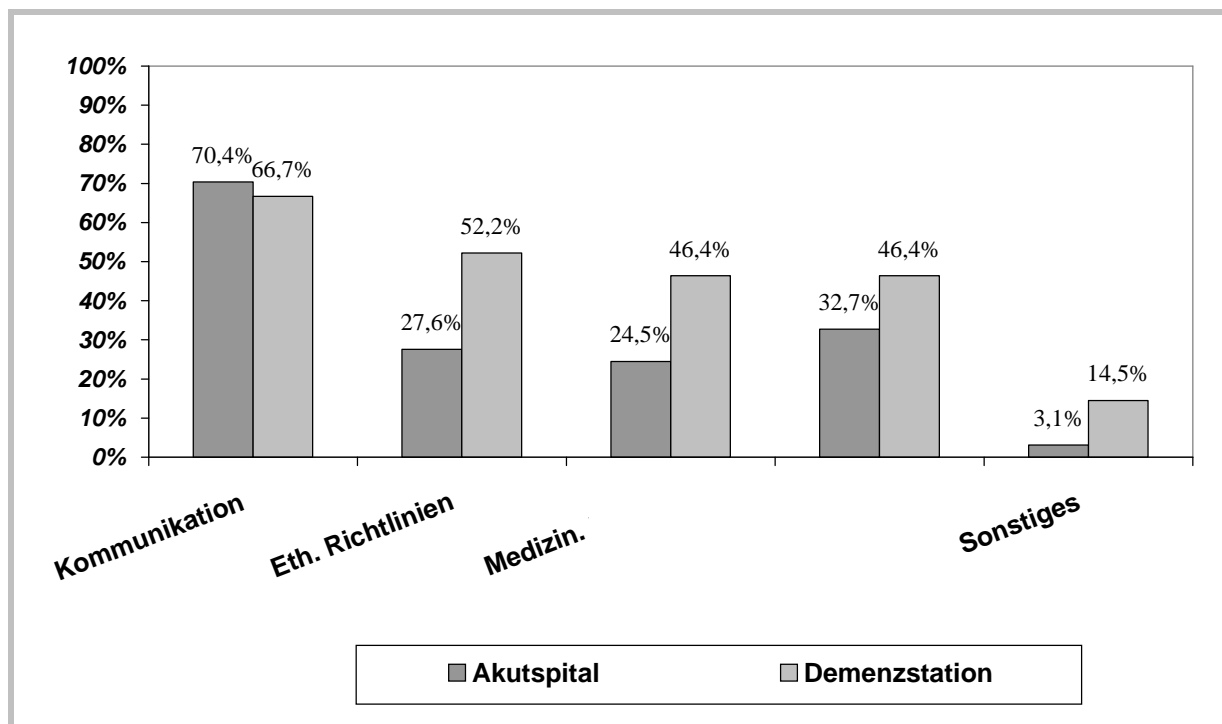


Abbildung 10: *Interesse an Fortbildungsschwerpunkten (Kommunikation mit Demenzpatienten, Ethische Richtlinien im Umgang mit Demenzpatienten, Medizinische Fachkurse über die Demenzerkrankung, Angehörigenbetreuung, Sonstiges) in Prozent.*

Unter dem Punkt „Sonstiges“ wurden folgende Themen genannt: *Alternativmethoden, Animation, Bewegung, Mediation, Umgang mit Aggressionen, Kinästhetik, Validation, Umgang mit Depressiven.*

Außerdem wurden die Pflegepersonen gefragt, welche Rahmenbedingungen sie benötigen würden, um Fortbildungen zu besuchen. In der Gesamtstichprobe äußerten sich 55 Pflegepersonen (32.9%) zu diesem Punkt, davon 26 Personen (26.5%) in der Gruppe Akutspital und 29 Personen (42.0%) in der Gruppe Demenzstation.

Genannt wurden als Rahmenbedingungen: *mehr Personal, Absolvierung der Fortbildung in der Dienstzeit, kostenlose Teilnahme bzw. Bezahlung durch den Arbeitgeber, vermehrte und bessere Angebote im eigenen Haus, eine gute Erreichbarkeit, Genehmigung durch den Dienstgeber.*

9.2.4 Zeitaufwand für den demenzkranken Patienten

In Punkt 9 des Fragebogens sollten die Pflegepersonen angeben, wie viel Zeit in Minuten sie für die Aktivitäten Körperpflege, Essen, Ausscheidung, Mobilisation, Aktivierung und Kommunikation in der Pflege der im Fallbeispiel vorgestellten Patientin tatsächlich aufwenden würden (Ist-Zustand) und wie viel der optimale Zeitaufwand betragen würde. Abbildung 11 liefert einen Überblick über die Ergebnisse im Akutspital. Abbildung 12 zeigt die Ergebnisse der Demenzstation.

In beiden Gruppen schätzten die Pflegepersonen den optimalen Zeitaufwand für die Patientin in allen Aktivitäten höher ein als den tatsächlich möglichen Zeitaufwand.

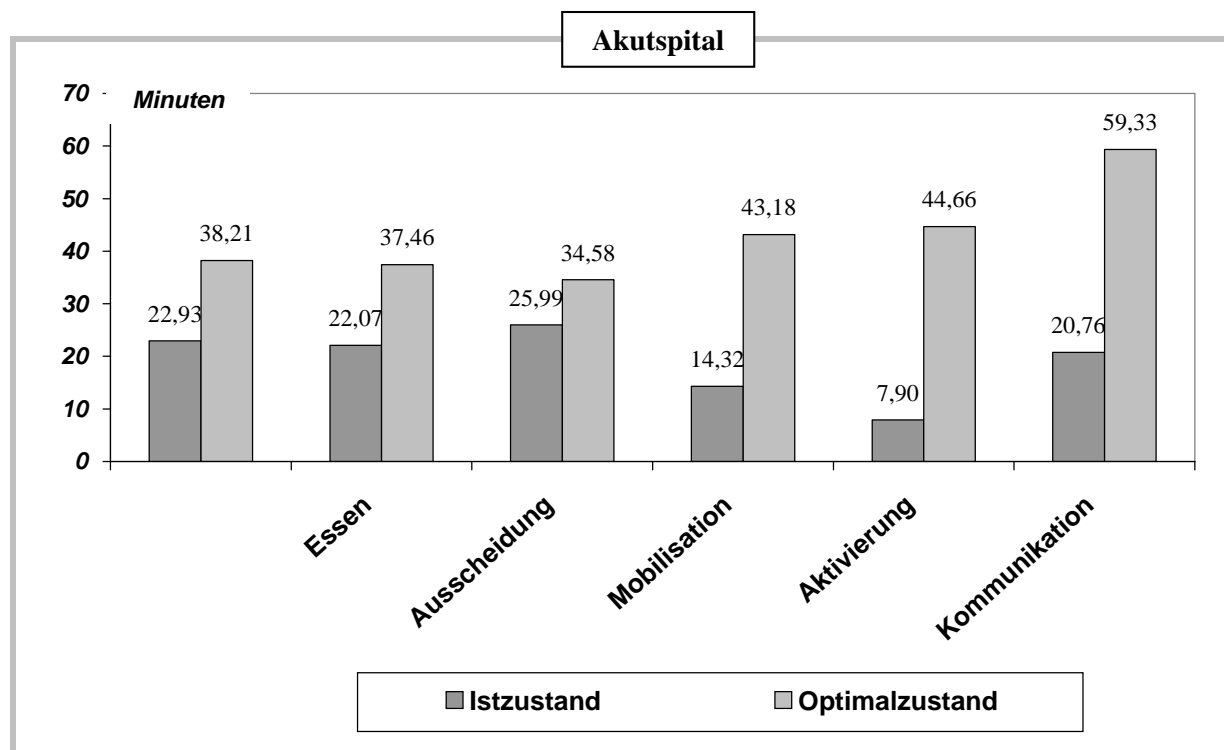


Abbildung 11: Mittlerer Zeitaufwand (Ist- und Optimalzustand) in Minuten für Aktivitäten des täglichen Lebens in der Pflege demenzkranker Patienten im Akutspital

In der Gruppe Akutspital wurde der geringste tatsächliche Zeitaufwand der Aktivität *Aktivierung* zugeordnet (7.90 Minuten pro Dienst), der höchste tatsächliche Zeitaufwand der Aktivität *Ausscheidung* (25.99 Minuten pro Dienst). Im Optimalfall würden die Pflegepersonen im Durchschnitt 59.33 Minuten pro Dienst für die Aktivität *Kommunikation* aufbringen.

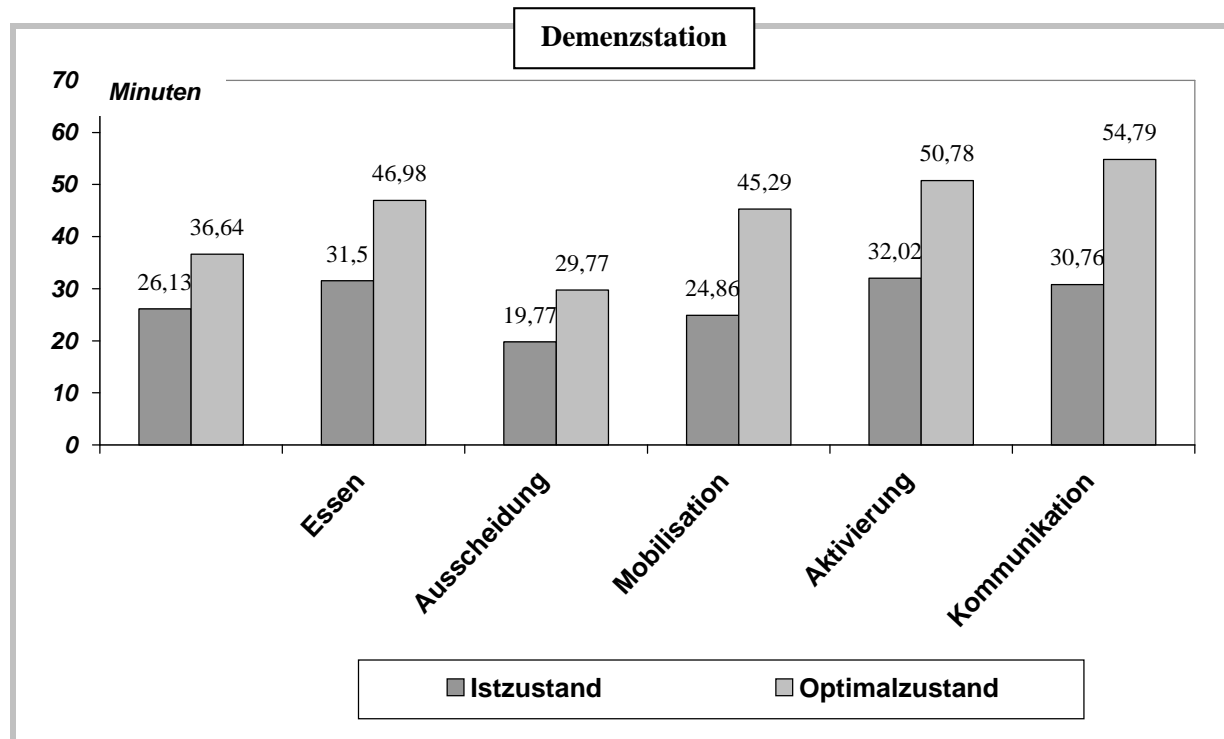


Abbildung 12: Mittlerer Zeitaufwand (Ist- und Optimalzustand) in Minuten für Aktivitäten des täglichen Lebens in der Pflege demenzkranker Patienten auf der Demenzstation

In der Gruppe Demenzstation wurde der geringste tatsächliche Zeitaufwand mit 19.77 Minuten für die Aktivität *Ausscheidung* angegeben, der höchste mit 32.02 Minuten für die Aktivität *Aktivierung*. Der höchste Zeitaufwand im Optimalzustand lag ebenfalls bei der Aktivität *Kommunikation* (54.79 Minuten pro Dienst).

Außerdem wurde für die einzelnen Aktivitäten ein Differenzwert des Ist-Zustands minus dem Optimalzustand berechnet (Tabelle 32). Ein negativer Differenzwert deutet darauf hin, dass die Pflegepersonen in dem jeweiligen Bereich optimalerweise mehr Zeit aufwenden würden. Beispielsweise gaben die Pflegepersonen im Akutspital an, dass sie für die Aktivierung des Patienten im Optimalfall ungefähr 37 Minuten mehr Zeit verwenden würden, als sie tatsächlich zur Verfügung haben. Für die Kommunikation würden sie sogar ungefähr 38 Minuten mehr aufbringen.

In beiden Stichproben traten über alle Aktivitäten sehr hohe Streuungen der Daten sowie große Unterschiede zwischen den niedrigsten und höchsten Messwerten auf, was eine hohe Variabilität der Antworten der Pflegepersonen zu dieser Frage zeigte.

Tabelle 32: Zeitaufwand (Differenzwert Istzustand minus Optimalzustand) in Minuten für demenzkranke Patienten im Akutspital und auf der Demenzstation

Differenzwert	Akutspital						Demenzstation					
	N	M	MD	SD	MIN	MAX	N	M	MD	SD	MIN	MAX
Körperpflege	84	-15.67	-15	11.59	-60	15	57	-9.79	-10	10.77	-30	20
Essen	82	-15.96	-15	17.42	-60	70	56	-12.23	-10	16.89	-60	40
Ausscheidung	71	-9.35	-10	14.09	-70	30	54	-8.52	-5	13.41	-60	20
Mobilisation	82	-28.94	-20	27.49	-119	60	55	-18.27	-15	19.21	-80	30
Aktivierung	80	-37.22	-30	32.61	-120	60	56	-18.41	-15	21.19	-100	15
Kommunikation	75	-38.28	-25	34.26	-160	30	55	-23.87	-20	27.96	-135	15

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse anhand von Stichprobengröße (N), Mittelwert (M), Median (MD), Standardabweichung (SD), Minimum (MIN) und Maximum (MAX).

9.2.5 Autonomie des demenzkranken Patienten

In dem Abschnitt zur Autonomie des demenzkranken Patienten wurden die Pflegepersonen gebeten, zu vier Aspekten von Autonomie (Entscheiden, Handeln, Bewegungsfreiheit und Privatsphäre) anzugeben, wie wichtig sie die Berücksichtigung dieser Aspekte fanden (Einstellung) und wie gut sie diese im Pflegealltag berücksichtigen könnten (Umsetzbarkeit). In den Abbildungen 13 bis 16 sind die Antworten der Pflegepersonen zu den einzelnen Aspekten anhand von Graphiken dargestellt.

In allen Aspekten stimmte der Großteil der Pflegepersonen von beiden Stichproben der Wichtigkeit dieser Autonomieaspekte zu. Im Akutspital meinten die meisten Pflegepersonen bei allen Aspekten, dass sie diese im Pflegealltag „eher gut“ berücksichtigen könnten. Auf den Demenzstationen wurde von den meisten Pflegepersonen angegeben, dass sie die Aspekte „Handeln“ und „Privatsphäre“ sogar „sehr gut“ berücksichtigen könnten.

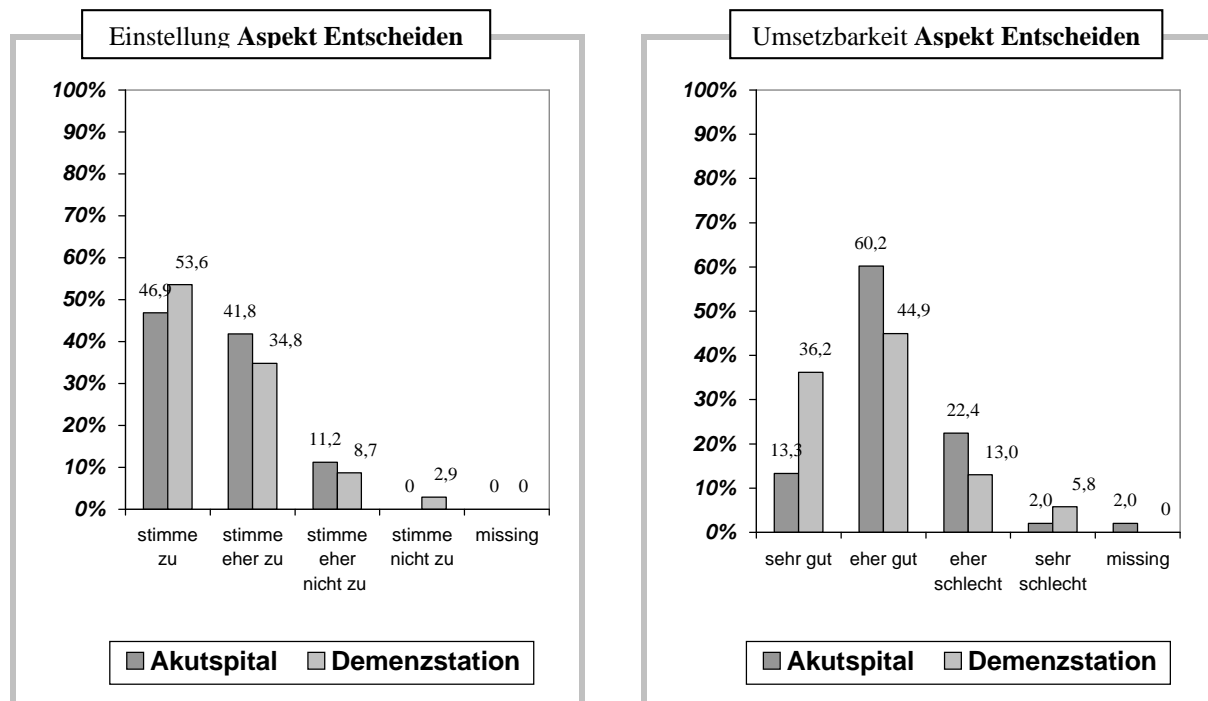


Abbildung 13: Einstellung und Umsetzbarkeit Autonomieaspekt Entscheiden (Antworten in Prozent)

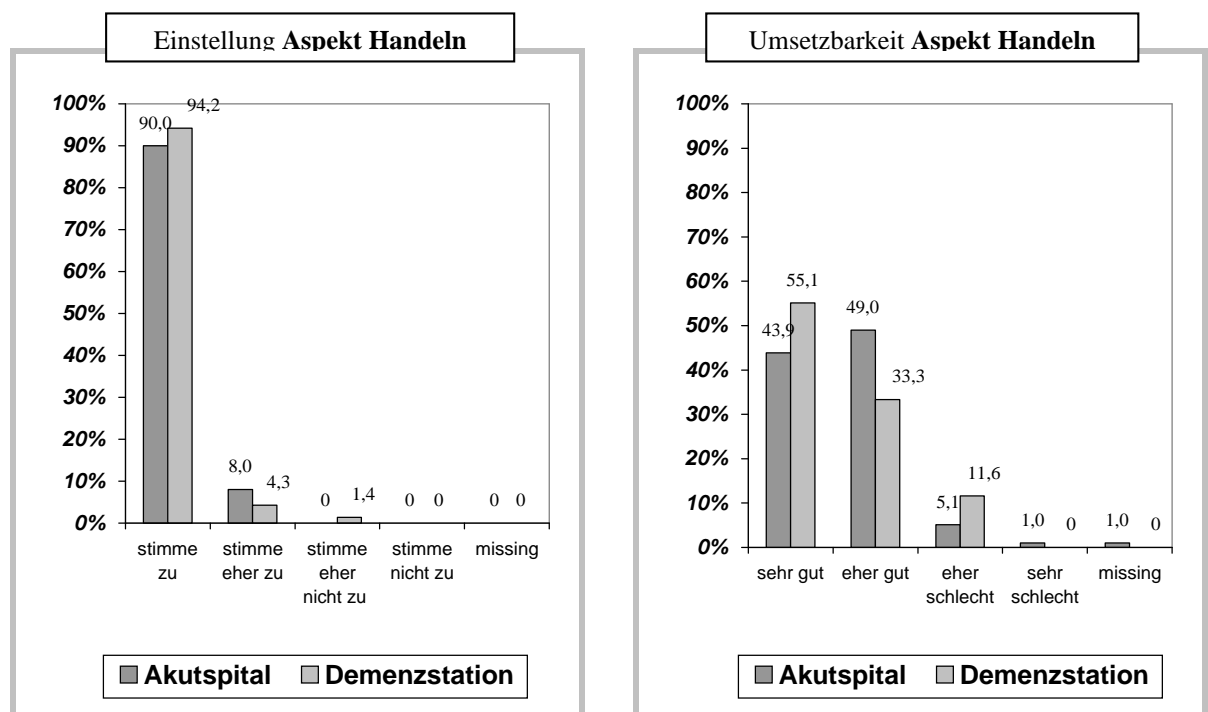


Abbildung 14: Einstellung und Umsetzbarkeit Autonomieaspekt Handeln (Antworten in Prozent)

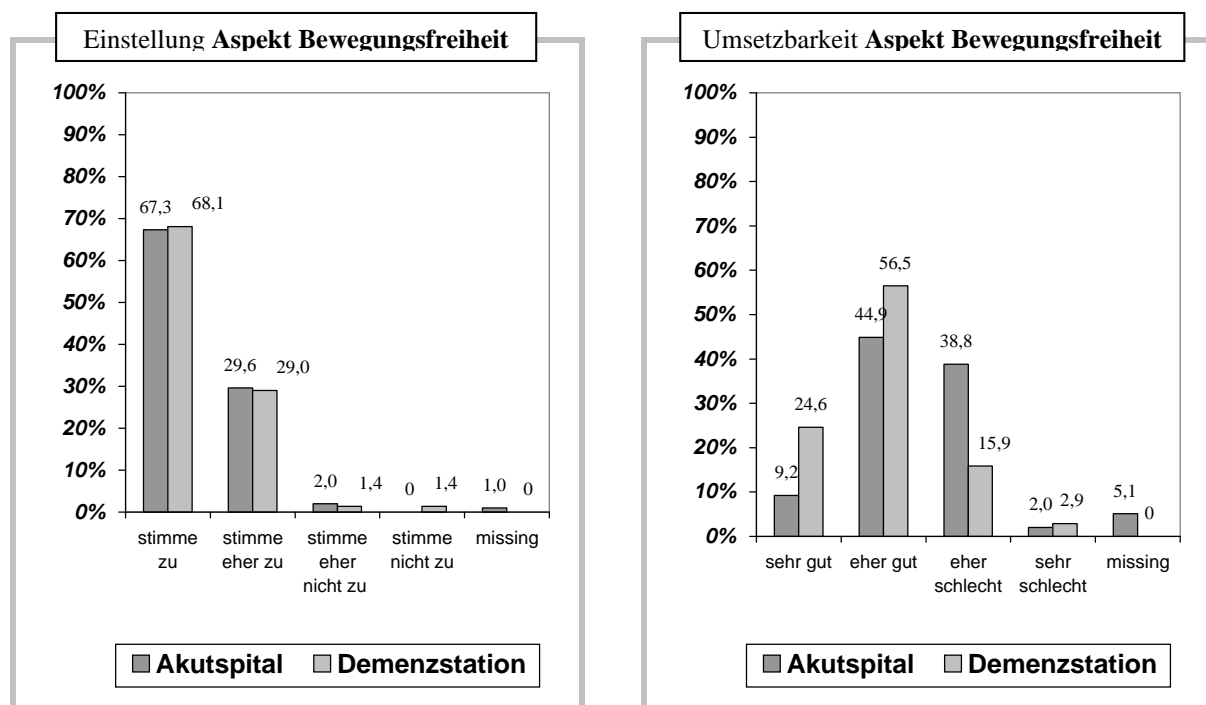


Abbildung 15: Einstellung und Umsetzbarkeit Autonomieaspekt Bewegungsfreiheit (Antworten in Prozent)

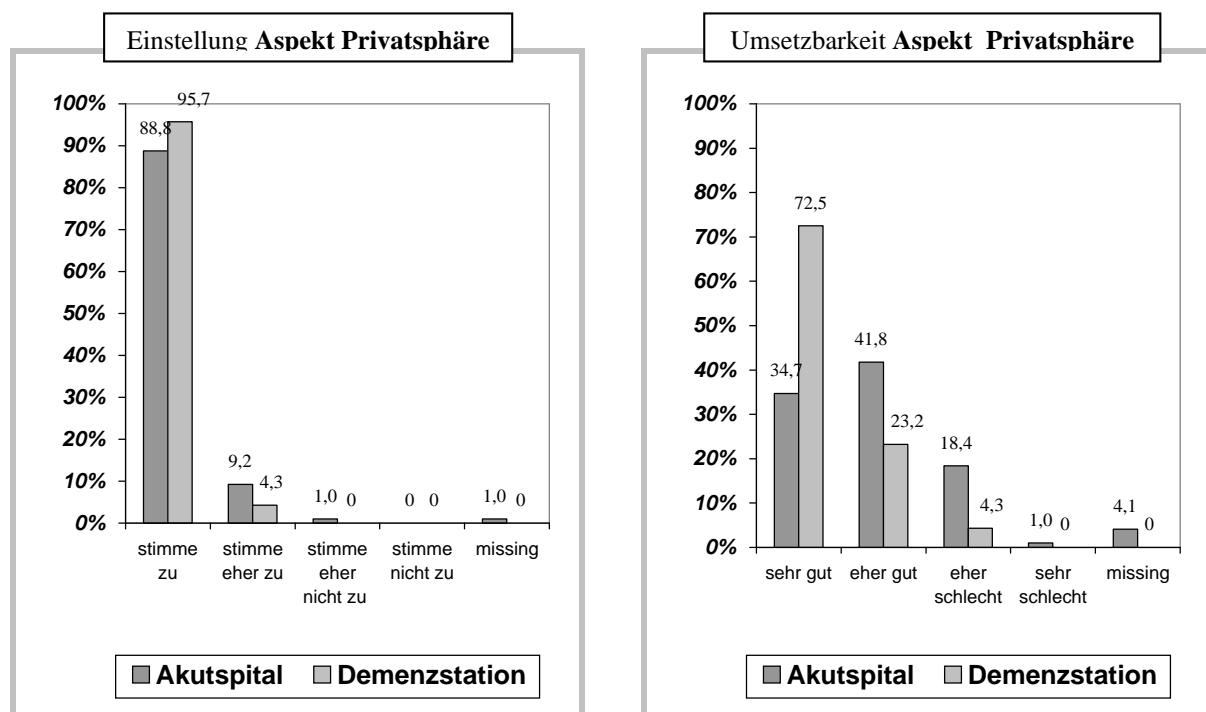


Abbildung 16: Einstellung und Umsetzbarkeit Autonomieaspekt Privatsphäre (Antworten in Prozent)

Tabelle 33 fasst die Ergebnisse zu den einzelnen Aspekten der Autonomie sowie zu den berechneten Summenscores (Einstellung zur Autonomie des Patienten, Umsetzbarkeit im Pflegealltag) zusammen. Niedrige Werte bedeuten, dass den Pflegepersonen die Berücksichtigung des jeweiligen Aspektes bzw. der Autonomie wichtig ist und sie diesen Aspekt bzw. die Autonomie allgemein gut berücksichtigen können. Der mögliche Wertebereich der Summenscores liegt zwischen 4 und 16.

Tabelle 33: *Einstellung zur Autonomie des Patienten und Umsetzbarkeit (Aspekte und Summenscores)*

Aspekt Autonomie	Akutspital						Demenzstation					
	N	M	MD	SD	MIN	MAX	N	M	MD	SD	MIN	MAX
„Entscheiden“												
Einstellung	98	1.64	2	0.68	1	3	69	1.61	1	0.77	1	4
Umsetzbarkeit	96	2.14	2	0.66	1	4	69	1.88	2	0.85	1	4
„Handeln“												
Einstellung	98	1.08	1	0.28	1	2	69	1.07	1	0.31	1	3
Umsetzbarkeit	97	1.63	2	0.63	1	4	69	1.57	1	0.70	1	3
„Bewegungsfreiheit“												
Einstellung	97	1.34	1	0.52	1	3	69	1.36	1	0.59	1	4
Umsetzbarkeit	93	2.35	2	0.69	1	4	69	1.97	2	0.73	1	4
„Privatsphäre“												
Einstellung	97	1.11	1	0.35	1	3	69	1.04	1	0.21	1	2
Umsetzbarkeit	94	1.85	2	0.76	1	4	69	1.32	1	0.56	1	3
Summenscores	N	M	MD	SD	MIN	MAX	N	M	MD	SD	MIN	MAX
Einstellung zur Autonomie	96	5.18	5	1.27	4	11	69	5.09	5	1.39	4	10
Umsetzbarkeit im Pflegealltag	90	7.98	8	1.95	4	15	69	6.74	7	2.18	4	14

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse anhand von Stichprobengröße (N), Mittelwert (M), Median (MD), Standardabweichung (SD), Minimum (MIN) und Maximum (MAX).

Hinsichtlich ihrer Einstellung zur Autonomie des Patienten erreichten die Pflegepersonen des Akutspitals einen Mittelwert von 5.18, die Pflegepersonen der Demenzstationen einen Mittelwert von 5.09. Bezüglich Umsetzbarkeit im Pflegealltag lag der Mittelwert im Akutspital bei 7.98, auf den Demenzstationen bei 6.74.

9.2.6 Konzeptueller Hintergrund der Pflege

Zur Darstellung des konzeptuellen Hintergrunds der Pflegepersonen (realitätsorientierter oder personenzentrierter Zugang) wurde in Abschnitt 12 des Fragebogens ein Summenscore errechnet. Dieser kann nach Reliabilitätsüberprüfung und nachfolgender Reduzierung der Items von 12 auf 10 Werte zwischen 0 und 10 annehmen. Auf diesem Kontinuum sprechen niedrigere Werte für eine realitätsorientierte Pflege, höhere Werte für einen personenzentrierten Zugang.

In der Stichprobe Akutspital erreichten die Pflegepersonen einen mittleren Summenscore von 7.28, auf den Demenzstationen lag dieser Wert bei 7.98 (Tabelle 34).

Tabelle 34: *Konzeptueller Hintergrund der Pflege (Summenscore)*

Pflegekonzepte						
	N	M	MD	SD	MIN	MAX
Akutspital	78	7.28	7.0	1.89	2	10
Demenzstation	53	7.98	8.0	1.89	3	10
Gesamtstichprobe	131	7.57	8.0	1.91	2	10

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse anhand von Stichprobengröße (N), Mittelwert (M), Median (MD), Standardabweichung (SD), Minimum (MIN) und Maximum (MAX).

9.2.7 Belastungserleben (M-NCAS)

Abschnitt 13 des Fragebogens befasste sich mit der Erhebung der Einstellung der befragten Personen zu demenzspezifischen Verhaltensweisen und der von ihnen erlebten Belastung durch dieses Verhalten.

Tabelle 35 zeigt die Ergebnisse der Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation zu den Skalen Einstellung und Belastung sowie zu den aus den Faktorenanalysen abgeleiteten Faktoren. Für jede dieser Skalen wurde ein Mittelwertscore berechnet, dessen Wertebereich zwischen 1 und 4 liegt, wobei ein höherer Wert einer negativeren Einstellung und größeren Belastung entspricht.

Tabelle 35: Einstellung zu und Belastung durch demenzspezifisches Verhalten (Mittelwertscores)

	Akutspital						Demenzstation					
	N	M	MD	SD	MIN	MAX	N	M	MD	SD	MIN	MAX
Einstellung gesamt	67	2.54	2.54	0.27	2.00	3.11	35	2.54	2.50	0.28	2.00	3.11
<i>Herausfordernde Verhaltensweisen</i> Faktor 1	72	2.45	2.44	0.30	1.78	3.00	46	2.53	2.50	0.48	1.83	3.83
<i>Konstruktive Verhaltensweisen</i> Faktor 2	77	2.64	2.60	0.34	1.70	3.70	47	2.44	2.50	0.46	1.30	3.30
	N	M	MD	SD	MIN	MAX	N	M	MD	SD	MIN	MAX
Belastung gesamt	51	2.46	2.50	0.33	1.64	3.11	17	2.23	2.21	0.48	1.46	3.04
<i>Herausforderndes Verhalten</i> Faktor 1	55	2.50	2.62	0.38	1.31	3.15	23	2.37	2.31	0.65	1.00	3.62
<i>Konstruktives Verhalten</i> Faktor 2	58	2.35	2.33	0.48	1.17	3.50	33	1.98	2.00	0.58	1.00	3.00
<i>Unsicheres Verhalten</i> Faktor 3	65	2.39	2.17	0.40	1.50	3.17	40	2.10	2.00	0.62	1.00	3.50
<i>Negativ beschreibend</i> Faktor 4	64	2.32	2.33	0.59	1.00	3.00	37	2.10	2.00	0.61	1.00	3.67

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse anhand von Stichprobengröße (N), Mittelwert (M), Median (MD), Standardabweichung (SD), Minimum (MIN) und Maximum (MAX).

Hinsichtlich ihrer Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen lagen die Ergebnisse der Pflegepersonen beider Stichproben in einem mittleren Wertebereich (Akutspital: $M = 2.54$, Demenzstation: $M = 2.54$). In der Gruppe Akutspital zeigten die befragten Personen eine negativere Einstellung zu konstruktiven Verhaltensweisen ($M = 2.64$). Bezüglich Belastungserleben lag der Mittelwert im Akutspital bei 2.46, auf der Demenzstation bei 2.23. Auch bei den einzelnen Faktoren (*Herausforderndes Verhalten*, *Konstruktives Verhalten*, *Unsicheres Verhalten* und *Negativ beschreibend*) waren die Mittelwerte der Stichprobe Akutspital höher als die der Demenzstation. Kaum Belastung erlebten die Pflegepersonen der Demenzstation durch konstruktives ($M = 1.98$), unsicheres ($M = 2.10$) und negativ beschreibendes Verhalten ($M = 2.10$).

In Anhang C sind die Ergebnisse der Stichproben zu den einzelnen Items aufgelistet. (Exemplarisch werden hier nur die jeweils drei höchsten und niedrigsten Mittelwerte vorgestellt.)

Im Akutspital stimmten die Pflegepersonen zu, dass demenzkranke Patienten *einsam* ($M = 3.19$), *ängstlich* ($M = 3.05$) und *verängstigt* ($M = 3.04$) sind. Sie schrieben den Patienten allerdings nicht zu, *absichtlich schwierig* ($M = 1.49$), *manipulierend* ($M = 1.78$) oder *undankbar* ($M = 1.78$) zu sein. Belastet fühlten sich die Pflegepersonen des Akutspitals in erster Linie durch *aggressives* ($M = 2.69$), *unberechenbares* ($M = 2.68$) und *forderndes* ($M = 2.65$) Verhalten. Wenig Belastung entstand durch *freundliches* ($M = 2.08$) und *dankbares* Verhalten ($M = 2.11$) sowie durch *Suche nach Aufmerksamkeit* ($M = 2.20$).

Ähnlich erlebten die Pflegepersonen der Gruppe Demenzstation demenzkranke Patienten als *verängstigt* ($M = 3.42$) und *einsam* ($M = 3.40$). Sie sahen diese außerdem oft *nach Aufmerksamkeit suchend* ($M = 3.70$). Sie gaben an, dass demenzkranke Patienten *Dinge oft aus einem Grund heraus tun* ($M = 1.51$) und *versuchen, ihre Unabhängigkeit zu behalten* ($M = 1.72$). Sie stimmten ebenfalls nicht zu, dass die Patienten *absichtlich schwierig* seien ($M = 1.67$). Belastung empfanden die Pflegepersonen durch *aggressives* ($M = 2.71$), *stures* ($M = 2.59$) und *absichtlich schwieriges Verhalten* ($M = 2.53$), weniger durch *freundliches* ($M = 1.81$), *aufmerksamkeitssuchendes* ($M = 1.83$) oder *ruhiges* Verhalten ($M = 1.98$).

9.3 Hypothesentestung

Im folgenden Abschnitt werden die Hypothesen, ihre Überprüfung sowie die Ergebnisse der angewendeten Verfahren dargestellt.

9.3.1 Ergebnisse zum Belastungserleben der Pflegepersonen

Hypothese 1: Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen.

Hypothese 2: Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer erlebten Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen.

Die Überprüfung dieser Hypothesen sollte aufgrund Intervallskalenniveau der interessierenden Daten mittels t-Test erfolgen. Neben den Mittelwertscores der Skalen Einstellung und Belastung wurden auch die Scores der Faktoren, die sich in der Faktorenanalyse ergeben hatten, mitberücksichtigt.

Für die Prüfung beider Hypothesen wurde eine Alphaadjustierung nach Bonferroni anhand der Formel $\alpha' = \alpha/m$ durchgeführt, wobei α' dem korrigierten Signifikanzniveau und m der Anzahl der Einzeltests entsprach. Für die Skala Einstellung ergab sich bei einem Signifikanzniveau von 5% ein korrigiertes Alpha von .017, in der Skala Belastung ein korrigiertes Alpha von .01.

Um Normalverteilung der Daten zu gewährleisten wurde in jeweils beiden Stichproben ein Kolmogorov-Smirnov-Test gerechnet. Dieser bestätigte für alle Skalen, ausgenommen der Skala *Belastung durch unsicheres Verhalten*, eine Normalverteilung (Tabelle 36).

Tabelle 36: Überprüfung der Normalverteilung mit Kolmogorov-Smirnov-Test (MNCAS)

Skala	Akutspital			Demenzstation		
	Z	Signifikanz	Verteilung	Z	Signifikanz	Verteilung
Einstellung gesamt	0.81	.535	normalverteilt	0.52	.947	normalverteilt
Einstellung <i>herausfordernde Verhaltensweisen</i>	0.71	.697	normalverteilt	0.76	.617	normalverteilt
Einstellung <i>konstruktive Verhaltensweisen</i>	0.20	.112	normalverteilt	0.69	.721	normalverteilt
Belastung gesamt	0.80	.541	normalverteilt	0.49	.973	normalverteilt
Belastung <i>herausforderndes Verhalten</i>	1.18	.124	normalverteilt	0.69	.727	normalverteilt
Belastung <i>konstruktives Verhalten</i>	0.73	.662	normalverteilt	0.69	.729	normalverteilt
Belastung <i>unsicheres Verhalten</i>	1.74	.005	nicht normalverteilt	1.02	.250	normalverteilt
Belastung <i>negativ beschreibend</i>	1.15	.143	normalverteilt	0.93	.351	normalverteilt

Anmerkung: Z = Prüfgröße des Kolmogorov-Smirnov-Tests, Signifikanzniveau 5% ($p = .05$)

Zur Prüfung der Homogenität der Varianzen wurde ein Levene-Test verwendet (Tabelle 37). Dieser ergab eine Homogenität der Varianzen für die Skalen *Einstellung*, *Belastung durch konstruktives Verhalten* und *Belastung durch negativ beschreibende Eigenschaften*.

Tabelle 37: Überprüfung der Homogenität der Varianzen mit dem Levene-Test (MNCAS)

Skala	F	df1	df2	Signifikanz	Varianzen
Einstellung gesamt	0.05	1	100	.827	homogen
Einstellung <i>herausfordernde Verhaltensweisen</i>	10.42	1	116	.002	nicht homogen
Einstellung <i>konstruktive Verhaltensweisen</i>	4.50	1	122	.036	nicht homogen
Belastung gesamt	4.71	1	66	.034	nicht homogen
Belastung <i>herausforderndes Verhalten</i>	9.75	1	76	.003	nicht homogen

Belastung <i>konstruktives Verhalten</i>	1.65	1	89	.202	homogen
Belastung <i>unsicheres Verhalten</i>	6.44	1	103	.013	nicht homogen
Belastung <i>negativ beschreibend</i>	0.00	1	99	.966	homogen

Anmerkung: F = Prüfgröße des Levene-Tests, df1 und df2 = Freiheitsgrade, Signifikanzniveau 5% ($p = .05$)

Zu den Voraussetzungen des t-Tests schreibt Bortz (2005): „Lässt sich die Annahme gleicher Populationsvarianzen (bzw. – bei kleinen Stichproben – die Normalverteilungsannahme) nicht aufrechterhalten, wählt man ein verteilungsfreies Prüfverfahren.“ (S. 141). Vor allem bei unterschiedlichen Stichprobenumfängen – wie auch in der vorliegenden Untersuchung gegeben – scheint die Genauigkeit des t-Tests bei ungleichen Varianzen beeinträchtigt (Bortz, 2005).

Es wurden daher nur die Skalen *Einstellung*, *Belastung durch konstruktives Verhalten* und *Belastung durch negativ beschreibende Eigenschaften* mittels t-Test geprüft (Tabelle 38).

Dieser zeigte, ausgehend von einem Signifikanzniveau von 5% und zweiseitiger Testung, einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in der Skala *Belastung durch konstruktives Verhalten* ($p = .002$).

Tabelle 38: *t-Test MNCAS*

		N	M	t	df	Signifikanz (zweiseitig)
Einstellung <i>gesamt</i>	Akutspital	67	2.54	-0.08	100	.939
	Demenzstation	35	2.54			
Belastung <i>konstruktives Verhalten</i>	Akutspital	58	2.35	-3.23	89	.002*
	Demenzstation	33	1.98			
Belastung <i>negativ beschreibend</i>	Akutspital	64	2.32	-1.90	99	.061
	Demenzstation	37	2.09			

Anmerkung: N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, t = Prüfgröße, df = Freiheitsgrade, * = signifikant bei $p < .01$ (korrigiertes α nach Bonferroni bei Signifikanzniveau 5%, Skala Belastung).

Für das signifikante Ergebnis der Skala *Belastung durch konstruktives Verhalten* wurde anhand der Formel $d = \frac{\mu_A - \mu_B}{\sigma}$ eine Effektgröße von $d = 0.70$ berechnet, was für einen mittleren bis großen Effekt sprach (Bortz & Döring, 2002). Die Stichprobengröße stimmte mit den für diese Effektgröße von Bortz und Döring (2002) empfohlenen optimalen Stichprobenumfängen von 20 bis 50 Teilnehmern überein.

Die Skalen, welche die Voraussetzungen für den t-Test nicht erfüllten, wurden mittels U-Test von Mann-Whitney überprüft (Tabelle 39).

Dieser zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in der Skala *Einstellung zu konstruktiven Verhaltensweisen* ($p = .016$) sowie einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der von den Pflegepersonen erlebten *Belastung durch unsicheres Verhalten* ($p = .002$). In den übrigen Skalen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Tabelle 39: U-Test MNCAS

		N	Mittlerer Rang	Mann-Whitney U	Signifikanz
Einstellung <i>herausfordernde Verhaltensweisen</i>	Akutspital	72	57.59	1518.50	.447
	Demenzstation	46	62.49		
Einstellung <i>konstruktive Verhaltensweisen</i>	Akutspital	77	68.54	1344.50	.016*
	Demenzstation	47	52.61		
Belastung <i>gesamt</i>	Akutspital	51	36.75	319.00	.104
	Demenzstation	17	27.76		
Belastung <i>herausforderndes Verhalten</i>	Akutspital	55	41.11	544.00	.331
	Demenzstation	23	35.65		
Belastung <i>unsicheres Verhalten</i>	Akutspital	65	60.11	838.00	.002*
	Demenzstation	40	41.45		

Anmerkung: N = Stichprobengröße, U = Prüfgröße, * = signifikant bei $p < .017$ (korrigiertes α nach Bonferroni bei Signifikanzniveau 5%, Skala Einstellung), * = signifikant bei $p < .01$ (korrigiertes α nach Bonferroni bei Signifikanzniveau 5%, Skala Belastung).

Die Ergebnisse der durchgeführten t-Tests und U-Tests zeigten, dass sich die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation hinsichtlich ihrer allgemeinen Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen sowie ihrer Einstellung zu herausfordernden Verhaltensweisen nicht unterschieden. Es zeigte sich jedoch, dass die Pflegepersonen des Akutspitals demenzkranken Patienten signifikant weniger konstruktive Verhaltensweisen zugestanden ($p = .016$, Tabelle 39).

Die Pflegepersonen des Akutspitals fühlten sich durch konstruktives und unsicheres Verhalten der Patienten signifikant mehr belastet als die Pflegepersonen der Demenzstationen (jeweils $p = .002$, Tabelle 38 und 39). Keine signifikanten Unterschiede konnten hinsichtlich Belastung durch herausforderndes Verhalten, negative Eigenschaften oder hinsichtlich allgemeiner Belastung festgestellt werden.

9.3.2 Ergebnisse zum konzeptuellen Hintergrund der Pflege

Hypothese 3: Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der von ihnen in der Pflege Demenzkranker verwendeten Pflegekonzepte.

Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgte aufgrund Intervallskalenniveau der Daten nach Prüfung von Verteilung und Varianzenhomogenität mittels t-Test.

Der Kolmogorov-Smirnov-Test fiel in beiden Gruppen signifikant aus (Akutspital: $Z = 1.63$, $p = .010$; Demenzstation: $Z = 1.43$, $p = .034$). Aufgrund ausreichender Stichprobengröße wurde nach optischer Inspektion der Daten aus praktischen Gründen dennoch Normalverteilung angenommen. Die Homogenität der Varianzen wurde im Levene-Test bestätigt (Tabelle 40).

Tabelle 40: Überprüfung der Homogenität der Varianzen mit dem Levene-Test (Skala Pflegekonzepte)

Skala	F	df1	df2	Signifikanz	Varianzen
Pflegekonzepte	0.40	1	129	.531	homogen

Anmerkung: F = Prüfgröße des Levene-Tests, df1 und df2 = Freiheitsgrade, Signifikanzniveau 5% ($p = .05$)

Der durchgeführte t-Test zeigte bei einem Signifikanzniveau von 5% und zweiseitiger Testung einen signifikanten Unterschied ($p = .039$) zwischen den Gruppen hinsichtlich der verwendeten Pflegekonzepte (Tabelle 41).

Tabelle 41: *t-Test Skala Pflegekonzepte*

		N	M	t	df	Signifikanz (zweiseitig)
Pflegekonzepte	Akutspital	78	7.28	2.08	129	.039*
	Demenzstation	53	7.98			

Anmerkung: N = Stichprobengröße, M = Mittelwert, t = Prüfgröße, df = Freiheitsgrade, Signifikanzniveau = 5%,
* = signifikant bei $p < .05$

Die anhand der Formel $d = \frac{\mu_A - \mu_B}{\sigma}$ berechnete Effektgröße d von 0.37 sprach für einen kleinen bis mittleren Effekt dieses Unterschieds (Bort & Döring, 2002).

Hypothese 3 konnte bestätigt werden. Die Pflegepersonen unterschieden sich signifikant hinsichtlich des konzeptuellen Hintergrundes ihrer Pflege. Die Mittelwerte zeigten, dass die Pflegepersonen der Demenzstation personenzentrierter arbeiteten als die Pflegepersonen des Akutspitals.

9.3.3 Ergebnisse zum Konstrukt Autonomie des demenzkranken Patienten

Hypothese 4: Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten.

Hypothese 5: Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit).

Aufgrund starker linkssteiler Verteilung vor allem der Skala Einstellung zur Autonomie und höchst signifikanter Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests in beiden Skalen ($p < .001$) wurde für die Prüfung dieser Hypothesen ein verteilungsfreies Verfahren gewählt.

Der durchgeführte U-Test von Mann-Whitney ergab ein höchst signifikantes Ergebnis ($p < .001$) in der Skala *Umsetzbarkeit der Autonomie* und ein nicht signifikantes Ergebnis ($p = .334$) in der Skala *Einstellung zur Autonomie* (Tabelle 42).

Tabelle 42: U-Test Skala Autonomie

		N	Mittlerer Rang	Mann-Whitney U	Signifikanz
Einstellung zur Autonomie Umsetzbarkeit im Pflegealltag	Akutspital	96	85.84	3039.50	.344
	Demenzstation	69	79.05		
	Akutspital	90	91.86	2038.00	< .001***
	Demenzstation	69	64.54		

Anmerkung: N = Stichprobengröße, U = Prüfgröße, *** = signifikant bei $p < .001$

Hypothese 5 konnte bestätigt werden. Die Pflegepersonen der Gruppe Demenzstation schätzten ihre Möglichkeiten, die Autonomie des demenzkranken Patienten im Pflegealltag zu berücksichtigen, signifikant besser ein als die Pflegepersonen des Akutspitals. Keine Unterschiede zeigten sich in der Einstellung der Pflegepersonen zur Autonomie des Patienten (Hypothese 4).

9.3.4 Ergebnisse zum Zeitaufwand für den demenzkranken Patienten

Hypothese 6: Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einschätzung zum tatsächlichen und optimalen Zeitaufwand für die Betreuung eines demenzkranken Patienten.

Da die Daten zu *tatsächlichem* und *optimalem Zeitaufwand* sowie zum *Differenzwert des Zeitaufwands* in beiden Gruppen nicht normalverteilt waren, wurde für die Überprüfung dieser Hypothese der U-Test von Mann-Whitney (Tabelle 43) verwendet.

Das Signifikanzniveau wurde nach Bonferroni bei 5% auf $\alpha' = .008$ und bei 1% auf $\alpha' = .002$ korrigiert.

Der U-Test zeigte bezüglich des tatsächlichen Zeitaufwands hoch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in den Bereichen Mobilisation, Aktivierung und Kommunikation (p zwischen $< .001$ und $.001$), sowie einen signifikanten Unterschied im Bereich Essen (p = $.002$). Der angegebene Optimalzustand unterschied sich nicht signifikant. Die aus Ist- und Optimalzustand berechneten Differenzwerte wiesen hoch signifikante Unterschiede in den Bereichen Mobilisation und Aktivierung (p zwischen $< .001$ und $.001$) und einen signifikanten Unterschied im Bereich Kommunikation (p = $.003$) auf.

Tabelle 43: U-Test Skala Zeitaufwand

		N	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U	Signifikanz
Istzustand	Akutspital	87	67.30	2027.50	.012
Körperpflege	Demenzstation	61	84.76		
Istzustand	Akutspital	86	64.45	1801.50	.002*
Essen	Demenzstation	60	86.48		
Istzustand	Akutspital	77	74.58	1649.00	.013
Ausscheidung	Demenzstation	57	57.93		
Istzustand	Akutspital	85	59.28	1383.50	< .001**
Mobilisation	Demenzstation	58	90.65		
Istzustand	Akutspital	84	49.23	565.50	< .001**
Aktivierung	Demenzstation	59	104.42		
Istzustand	Akutspital	80	60.48	1598.50	.001**
Kommunikation	Demenzstation	59	82.91		
		N	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U	Signifikanz
Optimal	Akutspital	86	74.08	2444.50	.698
Körperpflege	Demenzstation	59	71.43		
Optimal	Akutspital	84	67.04	2061.50	.116
Essen	Demenzstation	58	77.96		
Optimal	Akutspital	72	70.91	1554.50	.025
Ausscheidung	Demenzstation	56	56.26		
Optimal	Akutspital	85	72.24	2485.50	.926
Mobilisation	Demenzstation	59	72.87		
Optimal	Akutspital	82	65.62	1977.50	.082
Aktivierung	Demenzstation	58	77.41		
Optimal	Akutspital	79	69.27	2111.50	.644
Kommunikation	Demenzstation	56	66.21		

		N	Mittlerer Rang	Mann- Whitney U	Signifikanz
Differenz	Akutspital	84	64.05	1810.50	.013
<i>Körperpflege</i>	Demenzstation	57	81.24		
Differenz	Akutspital	82	63.59	1811.00	.033
<i>Essen</i>	Demenzstation	56	78.16		
Differenz	Akutspital	71	59.50	1668.50	.207
<i>Ausscheidung</i>	Demenzstation	54	67.60		
Differenz	Akutspital	82	59.88	1507.00	.001**
<i>Mobilisation</i>	Demenzstation	55	82.60		
Differenz	Akutspital	80	56.63	1290.50	< .001**
<i>Aktivierung</i>	Demenzstation	56	85.46		
Differenz	Akutspital	75	57.15	1436.50	.003*
<i>Kommunikation</i>	Demenzstation	55	76.88		

Anmerkung: N = Stichprobengröße, U = Prüfgröße, * = signifikant bei $p < .008$ (korrigiertes α nach Bonferroni bei Signifikanzniveau 5%), ** = signifikant bei $p < .002$ (korrigiertes α nach Bonferroni bei Signifikanzniveau 1%).

Hypothese 6 konnte hinsichtlich des tatsächlichen Zeitaufwands für einen demenzkranken Patienten bestätigt werden. Die Pflegepersonen auf den Demenzstationen gaben in allen erfragten Aktivitäten des täglichen Lebens, ausgenommen des Bereiches Ausscheidung mehr Zeit an, die sie im realen Arbeitsalltag für eine demenzkranke Patientin aufbringen würden. Diese Ergebnisse erwiesen sich zum Teil als signifikant.

Bezüglich des optimalen Zeitaufwands unterschieden sich die Pflegepersonen der beiden Stichproben nicht signifikant.

Die Differenzwerte zum Zeitaufwand wiesen in den Bereichen Mobilisation, Aktivierung und Kommunikation signifikante Unterschiede auf. Die Deskriptivstatistik zeigte überall niedrigere Differenzwerte (resultierend aus Istzustand minus Optimalzustand) in der Gruppe Akutspital. Die Pflegepersonen des Akutspitals gaben größere Differenzen zwischen tatsächlichem und optimalem Zeitaufwand an.

9.3.5 Ergebnisse zu Erfahrung, Wissensstand und Fortbildungsbedarf

Hypothese 7: Die Pflegepersonen des Akutspitals und der Demenzstation unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Erfahrung und der Anzahl ihrer absolvierten Fortbildungen. Die absolvierten Fortbildungen und das Fortbildungsinteresse sind abhängig von der Stationszugehörigkeit.

Die Fragen nach Beschäftigungsdauer und Zeit seit dem Ausbildungsabschluss sollten Hinweis auf die *Erfahrung der Pflegepersonen* liefern.

Die Angaben zur *Beschäftigungsdauer* zeigten zwar schon deskriptiv Unterschiede zwischen den Gruppen, wurden aber nicht auf ihre Signifikanz geprüft, da die niedrigeren Zeitangaben auf der Demenzstation aus der Gegebenheit resultierten, dass diese Stationen erst seit zwei bis drei Jahren existieren. Die Ergebnisse wurden daher nicht in die Analyse aufgenommen.

Die Ergebnisse zur *Zeit seit dem Ausbildungsabschluss* wurden bei Normalverteilung der Daten (Akutspital: K.-S.¹¹ $p = .067$ und Demenzstation: K.-S. $p = .236$) und Homogenität der Varianzen ($F = 1.13$, $df_1 = 1$, $df_2 = 158$, $p = .289$) mittels t-Test überprüft. Dieser ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($t = -1.30$, $df = 158$, $p = .197$).

In Punkt 4 des Fragebogens wurden die Antworten der Pflegepersonen den Kategorien „Fortbildung absolviert“ und „Fortbildung nicht absolviert“ zugeordnet, sodass dichotome Daten entstanden. Diese wurden mit einem Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test überprüft, der eine höchst signifikante mittlere Abhängigkeit zwischen den absolvierten Fortbildungen und der Stationszugehörigkeit ergab ($\chi^2 = 60.26$, $df = 1$ ¹², $p < .001$, Cramer's $V = .60$). Die Pflegepersonen der Demenzstationen hatten signifikant häufiger angegeben, bereits Fortbildungen zum Thema Demenz absolviert zu haben.

¹¹ K.-S. = Kolmogorov-Smirnov-Test

¹² χ^2 = Chi-Quadrat nach Pearson, df = Freiheitsgrade, p = Signifikanz, Cramer's V = Maß für den Grad der Abhängigkeit der Variablen.

Bezüglich der *Anzahl der absolvierten Fortbildungen* wurde aufgrund verletzter Normalverteilung (Akutspital: K.-S., $p = < .001$ und Demenzstation: K.-S. $p = .006$) ein U-Test von Mann-Whitney berechnet (Tabelle 44). Dieser zeigte einen höchst signifikanten Unterschied ($p < .001$).

Die Pflegepersonen der Gruppe Demenzstation hatten signifikant mehr Fortbildungen zum Thema Demenz besucht als die Pflegepersonen des Akutspitals.

Tabelle 44: U-Test Anzahl der absolvierten Fortbildungen

		N	Mittlerer Rang	Mann-Whitney U	Signifikanz
Anzahl der Fortbildungen	Akutspital	98	61.07	1134.00	< .001***
	Demenzstation	69	116.57		

Anmerkung: N = Stichprobengröße, U = Prüfgröße, *** = signifikant bei $p < .001$.

In Punkt 15 des Fragebogens wurden die Pflegepersonen zu ihrem generellen Interesse an Fortbildungen und zu ihrem Interesse an bestimmten Schwerpunkten befragt. Auch hierzu wurde ein Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test durchgeführt (Tabelle 45). Das Signifikanzniveau wurde nach Bonferroni auf $\alpha' = .008$ bei 5% und $\alpha' = .002$ bei 1% korrigiert.

Der Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test zeigte in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit ein unterschiedliches generelles Interesse an Fortbildungen sowie unterschiedliches Interesse an den Schwerpunkten *Ethische Richtlinien*, *Medizinische Fachkurse* und *Sonstiges*. Die Pflegepersonen der Demenzstationen gaben signifikant mehr Interesse an (p zwischen .001 und .007). Anhand von Cramer's V ließ sich erkennen, dass die Abhängigkeit zwischen den Variablen allerdings nur gering war.

Tabelle 45: Chi-Quadrat-Test Interesse an Fortbildungen

		N		χ^2	df	Signifikanz	Cramer's V
		ja	nein				
Interesse an Fortbildungen	Akutspital	79	15	9.30	1	.002*	.24
	Demenzstation	67	1				
Schwerpunkt Kommunikation	Akutspital	69	29	0.26	1	.607	.04
	Demenzstation	46	23				
Schwerpunkt Ethik	Akutspital	27	71	10.45	1	.001**	.25
	Demenzstation	36	33				
Schwerpunkt Medizin	Akutspital	24	74	8.70	1	.003*	.23
	Demenzstation	32	37				
Schwerpunkt Angehörige	Akutspital	32	66	3.23	1	.072	.14
	Demenzstation	32	37				
Sonstiges	Akutspital	3	95	7.37	1	.007*	.21
	Demenzstation	10	59				

Anmerkung: N = Anzahl, χ^2 = Chi-Quadrat nach Pearson, df = Freiheitsgrade, * = signifikant bei $p < .008$ (korrigiertes α nach Bonferroni bei Signifikanzniveau 5%), ** = signifikant bei $p < .002$ (korrigiertes α nach Bonferroni bei Signifikanzniveau 1%), Cramer's V = Maß für den Grad der Abhängigkeit der Variablen.

9.3.6 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten Belastungserleben, Autonomie und konzeptueller Hintergrund

In den folgenden Abschnitten werden die Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen in den Stichproben anhand von Produkt-Moment-Korrelationen und Rangkorrelationen vorgestellt. Die Interpretation der Korrelationskoeffizienten erfolgt nach der Empfehlung von Bühl (2006, nach Raab-Steiner & Benesch, 2008). Demnach spricht ein Korrelationskoeffizient $r \leq 0.2$ für einen sehr geringen, ein $r \leq 0.5$ für einen geringen, ein $r \leq 0.7$ für einen mittleren, ein $r \leq 0.9$ für einen hohen und ein $r > 0.9$ für einen sehr hohen Zusammenhang.

Zusammenhänge MNCAS (Einstellung – Belastung)

Hypothese 8a: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung der Pflegepersonen zum Verhalten des demenzkranken Patienten und der erlebten Belastung durch dieses Verhalten.

Aufgrund Intervallskalenniveau und Normalverteilung der Daten (siehe 9.3.1, Tabelle 36; Gesamtstichprobe: K.-S. $p = .423$ Einstellungsskala und $p = .430$ Belastungsskala) wurde eine Produkt-Moment-Korrelation berechnet (Tabelle 46).

Diese zeigte in der Gruppe Akutspital einen höchst signifikanten ($p < .001$) positiven mittleren Zusammenhang ($r = .55$) zwischen der Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen und der Belastung durch diese. Bei negativerer Einstellung zum Verhalten des Patienten erlebten die Pflegepersonen des Akutspitals auch mehr Belastung.

In der Gruppe Demenzstation konnte diesbezüglich kein Zusammenhang festgestellt werden.

Tabelle 46: *Produkt-Moment-Korrelation Einstellung - Belastung*

Einstellung - Belastung	N	Pearson Korr.koeffizient r	Signifikanz
Akutspital	50	.55	< .001***
Demenzstation	16	-.10	.711
Gesamtstichprobe	66	.34	.006**

Anmerkung: N = Stichprobengröße, r = Pearson Korrelationskoeffizient, ** = signifikant bei $p < .01$, *** = signifikant bei $p < .001$

Zusammenhänge MNCAS – Pflegekonzepte

Hypothese 8b: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung der Pflegepersonen zum Verhalten des demenzkranken Patienten und den verwendeten Pflegekonzepten.

Hypothese 8c: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der von den Pflegepersonen erlebten Belastung durch demenzspezifisches Verhalten und den verwendeten Pflegekonzepten.

Aufgrund Intervallskalenniveau und Normalverteilung der Daten (diese wurde trotz signifikantem K.-S. nach optischer Inspektion der Daten angenommen, siehe 9.3.2) wurden für die Berechnung der Zusammenhänge zwischen Einstellung zu demenzspezifischem Verhalten und konzeptuellem Hintergrund und zwischen Belastung und Pflegekonzepten Produkt-Moment-Korrelationen durchgeführt (Tabelle 47).

In der Gesamtstichprobe konnte ein signifikanter ($p = .040$) negativer, allerdings nur geringer ($r = -.22$) Zusammenhang zwischen Einstellung der Pflegepersonen und ihrem konzeptuellen Hintergrund beobachtet werden. Pflegepersonen, die eine positivere Einstellung zum Verhalten von demenzkranken Patienten angaben, zeichneten sich durch einen personenzentrierteren Zugang in der Pflege aus.

Dieses Ergebnis zeigte sich nur in der Gesamtstichprobe, aber nicht in den einzelnen Gruppen. Zwischen Belastung und Pflegekonzepten konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden.

Tabelle 47: *Produkt-Moment-Korrelation MNCAS - Pflegekonzepte*

Einstellung - Pflegekonzepte	N	Pearson Korr.koeffizient r	Signifikanz
Akutspital	59	-.19	.153
Demenzstation	32	-.23	.211
Gesamtstichprobe	91	-.22	.040*
Belastung - Pflegekonzepte	N	Pearson Korr.koeffizient r	Signifikanz
Akutspital	45	-.05	.742
Demenzstation	17	-.02	.949
Gesamtstichprobe	62	-.06	.635

Anmerkung: N = Stichprobengröße, r = Pearson Korrelationskoeffizient, * = signifikant bei $p < .05$

Zusammenhänge MNCAS – Autonomie

Hypothese 8d: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen.

Hypothese 8e: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der erlebten Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen.

Hypothese 8f: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit) und der Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen.

Hypothese 8g: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit) und der erlebten Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen.

Da in den Skalen zur Autonomie (Einstellung und Umsetzbarkeit) keine Normalverteilung der Daten angenommen werden konnte (9.3.3), wurden für die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den Autonomieskalen und den Skalen der MNCAS Rangkorrelationen nach Spearman berechnet (Tabelle 48).

Diese ergaben in der Gruppe Demenzstation einen signifikanten ($p = .032$), mittleren positiven ($r = .52$) Zusammenhang zwischen Umsetzbarkeit der Autonomie und Belastung durch demenzspezifisches Verhalten. In der Gesamtstichprobe lag diesbezüglich ein hoch signifikanter ($p = .002$), geringer positiver ($r = .37$) Zusammenhang vor. Pflegepersonen, die angaben, dass sie die Autonomie des Patienten im Pflegealltag nicht so gut berücksichtigen konnten, waren durch Verhaltensweisen des Patienten stärker belastet. Im Akutspital konnte dieser Zusammenhang nicht bestätigt werden.

Zwischen der Skala Einstellung zur Autonomie und den Skalen der MNCAS fanden sich keine Zusammenhänge, ebenso nicht zwischen Umsetzbarkeit der Autonomie und Einstellung zum Verhalten des Patienten.

Tabelle 48: Rangkorrelation MNCAS - Autonomie

Einstellung Autonomie - Einstellung zum Verhalten	N	Spearman Korr.koeffizient ρ	Signifikanz
Akutspital	67	.03	.813
Demenzstation	35	.06	.717
Gesamtstichprobe	102	.04	.717
Einstellung Autonomie - Belastung	N	Spearman Korr.koeffizient ρ	Signifikanz
Akutspital	51	-.03	.850
Demenzstation	17	.26	.310
Gesamtstichprobe	68	.10	.436
Umsetzbarkeit Autonomie – Einstellung zum Verhalten	N	Spearman Korr.koeffizient ρ	Signifikanz
Akutspital	66	-.04	.741
Demenzstation	35	-.03	.845
Gesamtstichprobe	101	-.02	.862
Umsetzbarkeit Autonomie - Belastung	N	Spearman Korr.koeffizient ρ	Signifikanz
Akutspital	50	.24	.095
Demenzstation	17	.52	.032*
Gesamtstichprobe	67	.37	.002**

Anmerkung: N = Stichprobengröße, ρ = Spearman Korrelationskoeffizient, * = signifikant bei $p < .05$, ** = signifikant bei $p < .01$

Zusammenhänge Autonomie (Einstellung – Umsetzbarkeit)

Hypothese 8h: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und der Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit).

Die zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Einstellung zur Autonomie des Patienten und Umsetzbarkeit der Autonomie durchgeführte Rangkorrelation nach Spearman ergab für das Akutspital und die Gesamtstichprobe einen hoch signifikanten ($p = .002$) und geringen, positiven Zusammenhang (Akutspital: $r = .32$, Gesamt: $r = .25$, Tabelle 49).

Pflegepersonen, denen die Autonomie des Patienten wichtiger war, konnten diese im Pflegealltag auch besser berücksichtigen.

Tabelle 49: Rangkorrelation Einstellung zur Autonomie - Umsetzbarkeit

Einstellung Autonomie - Umsetzbarkeit	N	Spearman Korr.koeffizient ρ	Signifikanz
Akutspital	90	.32	.002**
Demenzstation	69	.17	.164
Gesamtstichprobe	159	.25	.002**

Anmerkung: N = Stichprobengröße, ρ = Spearman Korrelationskoeffizient, ** = signifikant bei $p < .01$

Zusammenhänge Autonomie – Pflegekonzepte

Hypothese 8i: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und den verwendeten Pflegekonzepten.

Hypothese 8j: In den Gruppen existieren Zusammenhänge zwischen der Einschätzung zur möglichen Berücksichtigung der Autonomie des Patienten im Pflegealltag (Umsetzbarkeit) und den verwendeten Pflegekonzepten.

Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den Autonomieskalen (Einstellung und Umsetzbarkeit) und dem konzeptuellen Hintergrund der Pflege wurden Rangkorrelationen nach Spearman berechnet (Tabelle 50).

In der Gesamtstichprobe konnte ein signifikanter ($p = .023$), negativer, sehr geringer ($r = -.20$) Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Autonomie und den verwendeten Pflegekonzepten festgestellt werden. Eine Tendenz in diese Richtung zeigte sich auch in der Gruppe Akutspital ($p = .094$, $r = -.19$). Pflegepersonen, welche die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten als wichtiger erachteten, arbeiteten in der Pflege personenzentrierter. In der Gruppe Demenzstation war diesbezüglich kein Zusammenhang beobachtbar.

Ebenso zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Pflegepersonen zur Umsetzbarkeit der Autonomie im Pflegealltag und den von ihnen bevorzugten Pflegekonzepten.

Tabelle 50: Rangkorrelation Autonomie - Pflegekonzepte

Einstellung Autonomie - Pflegekonzepte	N	Spearman Korr.koeffizient ρ	Signifikanz
Akutspital	78	-.19	.094
Demenzstation	53	-.17	.235
Gesamtstichprobe	131	-.20	.023*
Umsetzbarkeit Autonomie - Pflegekonzepte	N	Spearman Korr.koeffizient ρ	Signifikanz
Akutspital	76	.06	.601
Demenzstation	53	-.18	.198
Gesamtstichprobe	129	-.11	.217

Anmerkung: N = Stichprobengröße, ρ = Spearman Korrelationskoeffizient, * = signifikant bei $p < .05$.

10 Diskussion

Dieser Teil der Diplomarbeit befasst sich mit der Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse der Untersuchung. So werden die Überprüfung des Fragebogens, die Ergebnisse zu den aufgestellten Hypothesen, aber auch weitere Ergebnisse dargestellt. Im Anschluss folgen eine kritische Auseinandersetzung mit den Grenzen der vorliegenden Studie sowie eine Vorstellung der getroffenen Schlussfolgerung und des Ausblicks.

10.1 Interpretation der Ergebnisse

Die folgenden Abschnitte widmen sich einer nochmaligen Zusammenfassung der Ergebnisse, ihrem Vergleich mit Ergebnissen der Forschungsliteratur und ihrer Interpretation. Bereits vorweg soll auf eine geringe Vergleichbarkeit der vorliegenden Untersuchung mit bestehenden Studien hingewiesen werden. Zum einen liegt bislang noch recht wenig Forschungsliteratur zu den behandelten Themen vor, zum anderen gibt es nur wenig Übereinstimmungen hinsichtlich Untersuchungsinstruments und gewählten Methoden zwischen dieser Studie und vorangegangenen.

10.1.1 Fragebogenüberprüfung

Für die Durchführung der vorliegenden Studie wurde ein Fragebogen erstellt, der teilweise aus neu konstruierten Items und Skalen (Skala zur Autonomie), teilweise aus übernommenen und adaptierten Skalen (Skala zum Belastungserleben - MNCAS, Skala zum konzeptuellen Hintergrund) besteht. Vor der Hypothesentestung wurden diese Skalen mittels Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse auf ihre Konstruktvalidität und innere Konsistenz überprüft.

Die Faktorenanalyse der 8 Items der *Skala Autonomie* ergab zwei Faktoren, die zusammen 56.1% der Varianz erklärten. Diese Faktoren wurden nach inhaltlicher Betrachtung mit „Einstellung zur Autonomie des Patienten“ und „Umsetzbarkeit der Autonomie“ bezeichnet. Die Eigenwerte lagen bei $\lambda = 2.30$ für den 1. Faktor und $\lambda = 2.18$ für den 2. Faktor. Die Reliabilitätsanalyse der beiden Faktoren zeigte mit einem Cronbach's α von .69 für die Skala „Einstellung“ und einem α von .72 für die Skala „Umsetzbarkeit“ akzeptable innere Konsistenzen. Inhaltlich entsprechen die Skalen der Einteilung im Fragebogen und unterstützen somit den gewählten Aufbau der Skala Autonomie.

Die aus der Untersuchung von Normann et al. (1999) übernommene, adaptierte und übersetzte *Skala zum konzeptuellen Hintergrund der Pflege* wurde aufgrund dichotomer Daten nur mit einer Reliabilitätsanalyse überprüft. Diese ergab nach Entfernung von zwei Items mit unzureichenden Itemtrennschärfen ein akzeptables Cronbach's α von .70 für die verbleibenden 10 Items. Aus der Originalstudie von Normann et al. (1999) liegen bezüglich innerer Konsistenz keine Vergleichsdaten vor.

Für die *Skala zum Belastungserleben* wurde eine übersetzte Version der Modified Nursing Care Assessment Scale (MNCAS) von Kleinman et al. (2004) verwendet. Für die vorliegende Untersuchung wurde dieses, aus einer Einstellungs- und Belastungsskala bestehende, Instrument mittels Faktoren- und Reliabilitätsanalyse überprüft.

In der Skala zur Einstellung konnten zwei Faktoren festgestellt werden. Faktor 1 wurde mit „herausfordernde Verhaltensweisen“ benannt, Faktor 2 mit „konstruktive Verhaltensweisen“. Zusammen konnten diese beiden Faktoren 29.4% der Gesamtvarianz erklären.

Die Faktorenanalyse der Skala Belastung ergab vier Faktoren („herausforderndes Verhalten“, „konstruktives Verhalten“, „unsicheres Verhalten“ und „negativ beschreibend“), die gemeinsam 56.0% der Varianz erklärten.

Tabelle 51 zeigt die Ergebnisse zur inneren Konsistenz der Faktoren und vergleicht sie mit den Ergebnissen der Faktoren- und Reliabilitätsanalysen der Studie von Kleinman et al. (2004).

Wie schon in der Studie von Kleinman et al. (2004) konnten auch in der vorliegenden Untersuchung für die Faktoren der MNCAS ausreichende bis gute Reliabilitäten gezeigt werden. Betrachtet man die faktorenbildenden Items (8.2.9/ Tabelle 12 und 9.1.3/ Tabelle 21 und 24), so lassen sich keine inhaltlichen Übereinstimmungen bei den Faktoren feststellen, was unter Umständen auf eine unterschiedliche Durchführung der Faktorenanalyse (eine oblique Rotation in der Studie von Kleinman et al., eine orthogonale Rotation in der aktuellen

Studie) zurückzuführen ist. Aber auch die neu entstandenen Faktoren scheinen durchaus sinnvoll und passend.

Tabelle 51: Vergleich Faktoren und Reliabilitäten MNCAS englisch – deutsch

MNCAS – englische Version (Kleinman et al., 2004)		MNCAS – deutsche Version (2008)	
Einstellungsskala			
Faktor	Cronbach's Alpha (N = 282)	Faktor	Cronbach's Alpha (N)
Attention Seeking	.65	Herausfordernde Verhaltensweisen	.80 (N = 163)
Autonomy	.76	Konstruktive Verhaltensweisen	.73 (N = 174)
Difficulty	.78		
Belastungsskala			
Faktor	Cronbach's Alpha (N = 282)	Faktor	Cronbach's Alpha (N)
Affect	.80	Herausforderndes Verhalten	.91 (N = 109)
Job Satisfaction	.86	Konstruktives Verhalten	.82 (N = 126)
Neediness	.86	Unsicheres Verhalten	.81 (N = 137)
Predictability	.85	Negativ beschreibend	.78 (N = 140)
Self Direction	.83		

Anmerkung: N = Stichprobengröße

10.1.2 Belastungserleben der Pflegepersonen

Hauptintention der vorliegenden Untersuchung war es, sich mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten auseinanderzusetzen. Die Verwendung der „Modified Nursing Care Assessment Scale“ (Kleinmann et al., 2004) ermöglichte diesbezüglich einen sehr differenzierten Blick auf die Einstellung der Pflegepersonen zu demenzspezifischen Verhaltensweisen und auf die durch dieses Verhalten erlebte Belastung.

Hinsichtlich der Einstellung zu demenzspezifischem Verhalten konnte in den Stichproben eine mittlere Einstellung ($M = 2.54$) beobachtet werden. Nur in der Gruppe Akutspital zeigte sich zu konstruktiven Verhaltensweisen des Patienten eine leicht negative Einstellung ($M = 2.64$). Diese unterschied sich signifikant ($p = .016$) von der Einstellung der Pflegepersonen der Demenzstationen. Die Pflegepersonen des Akutspitals scheinen demenzkranken Patienten weniger konstruktive, positive Verhaltensweisen zuzugestehen. Die Ergebnisse der Studie von Brodaty et al. (2003), denen zufolge Pflegepersonen ihren demenzkranken Patienten mehr negative als positive Eigenschaften zuschreiben, konnten somit nur zu einem geringen Teil bestätigt werden.

In den bereits bestehenden Studien werden die Patienten von den Pflegepersonen am häufigsten als agitiert, aggressiv, schwer zugänglich und unberechenbar sowie als einsam, ängstlich und abhängig beschrieben (Brodaty et al., 2003; Hallberg & Norberg, 1993; Hallberg & Norberg, 1995, Kleinman et al., 2004). In der vorliegenden Untersuchung sehen die Pflegepersonen bei den Patienten vor allem aufmerksamkeitssuchendes, ängstliches, einsames und verängstigtes Verhalten.

Zu ihrer durch demenzspezifische Verhaltensweisen erlebten Belastung gaben die Pflegepersonen der Gruppe Akutspital sowohl für die Gesamtbelastung als auch für die einzelnen Faktoren höhere Werte an als die Pflegepersonen der Demenzstationen. Aber auch diese Werte lagen in einem mittleren Bereich und gingen nicht über einen Mittelwert von 2.50 hinaus. Zu den Faktoren „konstruktives Verhalten“, „unsicheres Verhalten“ und „negativ beschreibend“ gaben die Pflegepersonen der Demenzstation sogar an, dass ihnen der Umgang mit diesen Verhaltensweisen leicht fällt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen fielen für die Belastung durch unsicheres und konstruktives Verhalten signifikant aus ($p = .002$).

In früheren Studien mit der MNCAS bezeichnen die Pflegepersonen den Umgang mit aggressivem, eigenwilligem, unberechenbarem, absichtlich schwierigem, unkontrolliertem und unkooperativem Verhalten als am meisten belastend (Brodaty et al., 2003; Hallberg & Norberg, 1993; Hallberg & Norberg, 1995, Kleinman et al., 2004). Ähnliches konnte auch in der aktuellen Studie gezeigt werden. In beiden Gruppen gaben die Pflegepersonen die stärkste Belastung durch aggressives Verhalten an, im Akutspital gefolgt von unberechenbarem und forderndem Verhalten, in der Gruppe Demenzstation gefolgt von sturem und absichtlich schwierigem Verhalten.

Die prinzipiell neutrale Haltung der Pflegepersonen beider Gruppen gegenüber den Verhaltensweisen demenzkranker Patienten ist Hinweis auf eine sehr professionelle Haltung. Die Tatsache, dass die Pflegepersonen der Demenzstation ihren Patienten mehr konstruktive Verhaltensweisen zugestehen, könnte darauf zurück zu führen sein, dass diese ihre Patienten durch den täglichen Umgang natürlich besser kennen, einen intensiveren Kontakt mit ihnen erleben und somit ein stärkerer persönlicher Beziehungsaufbau möglich ist. Ebenso könnte dieses Ergebnis auch Folge der demenzfeindlichen Umgebung des Akutspitals sein, wo die Patienten aufgrund der erlebten Stresssituation unter Umständen seltener konstruktives Verhalten zeigen.

Auch wenn die Pflegepersonen in beiden Gruppen eine wesentlich geringere Belastung angaben als erwartet, so unterstützen die festgestellten Unterschiede im Belastungserleben dennoch die in der Literatur erwähnten fachlichen Defizite und Überforderungen der Pflegepersonen im Akutspital (Rohrbach, 2006, Mavundla, 2000, nach Kleina & Wingenfeld, 2007). Inwieweit diese Überforderungen allerdings außer durch das Verhalten des Patienten noch durch andere Faktoren hervorgerufen werden, kann in dieser Studie nicht beantwortet werden. Die Pflegepersonen der Demenzstationen scheinen auf jeden Fall von der – in Special Care Units geforderten - besseren Fortbildung und der Anwendung spezifischer Betreuungskonzepte (Lawton et al., 1998, nach Wojnar, 2001) zu profitieren.

10.1.3 Konzeptueller Hintergrund der Pflege

Die Verwendung unterschiedlicher Konzepte bestimmt Schwerpunkte und Zielsetzung der Pflege. In der vorliegenden Untersuchung wurde eine Trennung zwischen personenzentrierten und realitätsorientierten Pflegekonzepten getroffen.

In beiden Gruppen gaben die Pflegepersonen einen eher personenzentrierten Hintergrund ihrer Pflege an (Akutspital: $M = 7.28$, Demenzstation: $M = 7.98$). Die Haltung der Pflegepersonen der Demenzstationen war allerdings noch signifikant personenzentrierter ($p = .039$).

Normann et al. stellten 1999 in ihrer Untersuchung eine stärkere Realitätsorientierung der Pflegepersonen fest und setzten diese mit der Entstehungsgeschichte der Pflegekonzepte in Zusammenhang. Während realitätsorientierte Konzepte bereits in den 60er Jahren erstmals zur Anwendung kamen, fanden personenzentrierte Zugänge wie die Validation nach Feil oder der personenzentrierte Ansatz nach Kitwood erst später Einzug in die Pflege. Die Ergebnisse von Normann et al. (1999) zeigten, dass diplomierte Pflegepersonen sowie Personen mit postgradueller Fortbildung mehr zu personenzentrierten Konzepten tendierten. Auch wenn aufgrund mangelnder Effektevaluierung der Konzepte nicht ganz klar ist, welche Intervention für welchen Patienten geeignet ist (Beck, 1996, nach Radzey & Heeg, 2001), so betonen Gatterer et al. (2006) dennoch eine Abnahme der Wichtigkeit kognitiver Programme bei Fortschreiten der Demenz. Ab einem gewissen Stadium der Demenz scheinen Gedächtnistrainings sogar kontraindiziert, da sie bei den Betroffenen Überforderung und somit Stress hervorrufen können (Wojnar, 2007).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen einen Trend in Richtung Anwendung personenzentrierter Konzepte, wobei die Pflegepersonen der Demenzstationen diese Haltung – vermutlich aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrungen – offenbar noch stärker in der Pflege umsetzen. Auch sind Konzepte wie Validation oder die Modelle nach Kitwood und Böhm oftmals konkret in die Leitbilder von Demenzstationen integriert und werden somit in der täglichen Pflege mehr berücksichtigt.

10.1.4 Einstellung zur Autonomie des Patienten und Umsetzbarkeit im Pflegealltag

Lauter (1993) betont in seinem Beitrag zu den ethischen Problemen der Demenz die Wichtigkeit der Selbstbestimmung des Patienten.

Zu vier Autonomieaspekten (Entscheiden, Handeln, Bewegungsfreiheit, Privatsphäre) befragt, gab der Großteil beider Stichproben der vorliegenden Studie an, dass sie der Wichtigkeit dieser Aspekte zustimmen oder eher zustimmen. Es konnte diesbezüglich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Die Selbstbestimmung des Patienten scheint den Pflegepersonen beider Gruppen gleich wichtig zu sein.

Anders gestalten sich die Ergebnisse zur Umsetzbarkeit dieser Autonomieaspekte im Pflegealltag. Hierzu konnte ein signifikanter Unterschied ($p < .001$) festgestellt werden. Die Pflegepersonen der Demenzstation gaben an, die Autonomie des Patienten besser berücksichtigen zu können, als die Pflegepersonen des Akutspitals.

Es liegen diesbezüglich aus früheren Studien keine Ergebnisse vor. Die Selbstbestimmung des Patienten scheint in beiden Gruppen ein Thema zu sein, dessen Wichtigkeit gleichermaßen anerkannt wird. Die eingeschränkten Möglichkeiten der Berücksichtigung der Autonomie im Akutspital können auf bestehende Rahmenbedingungen, organisatorische Gegebenheiten und Zeitressourcen zurückgeführt werden. Es scheint im Krankenhaus nicht so gut möglich zu sein, demenzkranke Patienten bezüglich ihrer Mahlzeiten selbst entscheiden zu lassen, ihre Fähigkeiten zu fördern, ihnen Einfluss auf den Tagesablauf zu geben und ihre Privatsphäre zu schützen. Natürlich muss auch bedacht werden, dass im Spital aufgrund der jeweiligen Erkrankung des demenzkranken Patienten Einschränkungen gegeben sind, beispielsweise diätetische Maßnahmen bei Diabetes oder Bettruhe nach einer Schenkelhalsfraktur.

Für die Pflegepersonen des Akutspitals könnte diese Diskrepanz zwischen Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie des Patienten und Umsetzbarkeit unter Umständen ein Dilemma bedeuten. Man weiß zwar, was für den Patienten gut wäre, aber es fehlen die Möglichkeiten und eventuell auch das Wissen zur Durchführung.

10.1.5 Zeitaufwand für den demenzkranken Patienten

In der Literatur finden sich zum Zeitaufwand für den demenzkranken Patienten hauptsächlich Angaben zum zeitlichen Mehraufwand. Dieser entsteht in erster Linie durch auftretende Verhaltensstörungen des Patienten und andere besondere Bedürfnisse. Dürrmann (2001) nennt einen Mehraufwand von 45 Minuten pro Tag für einen demenzkranken Patienten. Nach Kämmer (2001) kann der erhöhte Begleitaufwand sogar bei mehreren Stunden liegen.

Neu – und eher versuchsweise – erfragt wurde in der vorliegenden Studie der tatsächliche und optimale Zeitaufwand für einen demenzkranken Patienten anhand bestimmter Aktivitäten des täglichen Lebens. Die so erhaltenen Angaben geben natürlich nur eine rein subjektive Einschätzung der Pflegepersonen wieder. Sie sind auch als solche zu interpretieren und erheben keinerlei Anspruch auf eine Darstellung tatsächlicher Verhältnisse.

Es zeigte sich deutlich, dass die Pflegepersonen in beiden Stichproben den optimalen Zeitaufwand zum Teil wesentlich höher einschätzen als den tatsächlichen, wobei der berechnete Differenzwert (Istzustand minus Optimalzustand) in der Gruppe Akutspital in den Bereichen Mobilisation, Aktivierung und Kommunikation signifikant (p zwischen $< .001$ und $.003$) höher war. Für diese Tätigkeiten würden die Pflegepersonen des Akutspitals gerne rund 30 bis 40 Minuten mehr Zeit pro Tag aufwenden.

Bezüglich des tatsächlichen Zeitaufwands konnte bei den Aktivitäten Essen, Mobilisation, Aktivierung und Kommunikation ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden (p zwischen $< .001$ und $.002$). Die Pflegepersonen des Akutspitals gaben weniger Zeit an, was darauf schließen lässt, dass im Akutspital weniger Zeit für die Betreuung eines demenzkranken Patienten zur Verfügung steht.

Die Angaben zum optimalen Zeitaufwand unterschieden sich interessanterweise nicht. Die Pflegepersonen beider Gruppen würden für die Betreuung eines demenzkranken Patienten optimalerweise gerne ähnlich viel Zeit aufbringen.

Wie auch schon beim Konstrukt Autonomie zeigt sich auch beim Zeitaufwand für einen demenzkranken Patienten im Akutspital eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlich Möglichen und dem aus Sicht der Pflegepersonen Wünschenswerten bzw. Wichtigen.

10.1.6 Erfahrung, Wissensstand und Fortbildungsbedarf

Die im Fragebogen erfragte Beschäftigungsdauer und die Zeit seit dem Ausbildungsabschluss sollten Aufschluss über die Erfahrung der Pflegepersonen in ihrem Tätigkeitsfeld geben. Es zeigte sich eine geringere mittlere Beschäftigungsdauer der Pflegepersonen der Demenzstationen. Dieses Ergebnis muss jedoch auf den Umstand zurückgeführt werden, dass ein Teil der teilnehmenden Demenzstationen erst seit 2 bis 3 Jahren besteht, und darf daher keinesfalls inhaltlich interpretiert werden. Bezüglich der Zeit seit dem Ausbildungsabschluss der Pflegepersonen konnte kein Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden ($p = .197$).

Der Wissensstand der Pflegepersonen zum Umgang mit demenzkranken Patienten wurde mit der Frage nach bereits besuchten Fort- und Weiterbildungen zu diesem Thema erfasst.

Die Pflegepersonen der Gruppe Demenzstation gaben hierzu signifikant häufiger an, bereits an Fortbildungen teilgenommen zu haben ($p < .001$). Auch lag die Anzahl ihrer Fortbildungen mit durchschnittlich 1.77 signifikant über der Anzahl der Fortbildungen, die die Pflegepersonen des Akutspitals besucht hatten ($M = 0.29$, $p < .001$). Inhaltlich konnten alle Fortbildungen dem Schwerpunkt der Kommunikation mit demenzkranken Patienten zugeordnet werden.

Hinsichtlich Fortbildungsbedarf gaben in beiden Stichproben die Mehrzahl der Pflegepersonen Interesse an Fortbildungen an. Im Akutspital waren es 80.6% der befragten Personen, auf den Demenzstationen sogar 97.1%. Dieser Unterschied erwies sich als signifikant ($p = .002$). Bezüglich interessierender Schwerpunkte gaben die Pflegepersonen beider Gruppen gleichermaßen Interesse an Fortbildungen zur Kommunikation mit demenzkranken Patienten und zur Angehörigenbetreuung an. Signifikant häufiger wurde von den Pflegepersonen der Demenzstationen Interesse an ethischen Richtlinien ($p = .001$), medizinischen Kursen ($p = .003$) und sonstigen Themenfeldern wie beispielsweise Alternativmethoden, Animation, Kinästhetik usw. ($p = .007$) geäußert.

Diese Ergebnisse bestätigen die von Lawton et al. (1998, nach Wojnar, 2001) genannte Bedeutsamkeit von Fortbildungen auf „Special Care Units“. So haben die Pflegepersonen der Demenzstationen nicht nur bereits mehr Fortbildungen besucht, sie haben auch mehr Interesse an weiterführenden Kursen. Natürlich konzentrieren sich die Schwerpunkte der Weiterbildung auf den Demenzstationen aufgrund der Spezialisierung mehr in dem erfragten Themenbereich als im Akutspital. In diesem ist der Umgang mit demenzkranken Patienten nur als kleiner Teil

der täglichen Arbeit zu sehen. Umso mehr kann der Prozentsatz an Pflegepersonen, die Interesse angeben, mit über 80 Prozent als beträchtlich angesehen werden. Für das Akutspital relevant scheinen vor allem Fortbildungen zu den Schwerpunkten Kommunikation mit demenzkranken Patienten und Angehörigenbetreuung - Themenfelder, deren Wichtigkeit für eine bessere Versorgung des demenzkranken Patienten im Spital von Kleina & Wingefeld (2007) mehrfach betont werden.

Ergänzend zum Fortbildungsinteresse wurden die Pflegepersonen gefragt, welche Rahmenbedingungen sie benötigen würden, um die Fortbildungen auch besuchen zu können. Hierzu wurden vor allem Umstände wie kostenlose Teilnahme bzw. Bezahlung, Absolvierung in der Dienstzeit und gute Erreichbarkeit genannt.

10.1.7 Bestehende Zusammenhänge zwischen den Konstrukten

Zusammenhang Einstellung zu demenzspezifischem Verhalten und erlebte Belastung durch dieses

Zwischen der Einstellung der Pflegepersonen zu demenzspezifischen Verhaltensweisen sowie der erlebten Belastung durch dieses Verhalten konnten in der Gruppe Akutspital und in der Gesamtstichprobe signifikante positive Zusammenhänge festgestellt werden (Akutspital: $r = .55$, $p < .001$; Gesamtstichprobe: $r = .34$, $p = .006$). Dies zeigt, dass zumindest im Akutspital eine negativere Einstellung der Pflegepersonen mit einer höheren Belastung einhergeht. Dieses Ergebnis widerspricht dem in der Untersuchung von Brodaty et al. (2003) gefundenen Zusammenhang zwischen negativer Einstellung und geringer Belastung, unterstützt aber die Studie von Aström (1990, nach Bauer Alfredson & Annerstedt, 1994), die eine Korrelation zwischen positiver Einstellung und niedrigem Burnout zeigt.

Stress entsteht nach Semmer (1984) häufig durch zu hohe quantitative Anforderungen (Regulationsaufwand) oder durch eine qualitative Überforderung (Regulationsunsicherheit). Pflegepersonen, die eine höhere Belastung angeben, könnten durch die negativen Verhaltensweisen, die sie bei ihren Patienten erleben, stark gefordert und im Umgang damit überfordert sein.

Zusammenhang Belastungserleben – konzeptueller Hintergrund der Pflege

In der vorliegenden Untersuchung konnten in beiden Gruppen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Belastungserleben der Pflegepersonen und den von ihnen in der Pflege bevorzugt verwendeten Konzepten gefunden werden. Lediglich in der Gesamtstichprobe zeigte sich ein sehr geringer, negativer Zusammenhang ($r = -.22$, $p = .040$) zwischen der Einstellung der Pflegepersonen zu demenzspezifischem Verhalten und dem konzeptuellen Hintergrund. Pflegepersonen, die ihren Patienten positivere Eigenschaften zuschreiben, greifen in ihrer Tätigkeit mehr auf personenzentrierte Konzepte zurück.

Die in dieser Arbeit vorgestellten personenzentrierten Ansätze von Kitwood, Feil, Böhm und Van der Kooij sind durch eine sehr individuelle Sichtweise des Patienten geprägt und auf das Verstehen des Verhaltens ausgerichtet. Pflegepersonen, die diese Ansätze verinnerlicht haben, sehen problematische Verhaltensweisen des Patienten eventuell mit anderen Augen. Kitwood (2005) schreibt dazu: „Jedes sogenannte Problemverhalten sollte primär als Versuch der Kommunikation im Zusammenhang mit einem Bedürfnis gesehen werden.“ (S. 194).

Zusammenhänge Belastungserleben – Einstellung zur Autonomie des Patienten und Umsetzbarkeit im Pflegealltag

Anhand der Ergebnisse konnten weder im Akutspital noch auf der Demenzstation Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur Autonomie des Patienten und der Einstellung zu demenzspezifischen Verhaltensweisen oder Zusammenhänge zwischen Einstellung zur Autonomie und Belastung durch das Verhalten des Patienten beobachtet werden.

Ebenfalls zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Umsetzbarkeit der Autonomie im Pflegealltag und der Einstellung der Pflegepersonen zu demenzspezifischem Verhalten.

Zwischen der Umsetzbarkeit der Autonomie und der erlebten Belastung der Pflegepersonen konnte eine signifikante positive Korrelation in der Gruppe Demenzstation ($r = .52$, $p = .032$) und in der Gesamtstichprobe ($r = .37$, $p = .002$) festgestellt werden. In der Gruppe Akutspital zeigte sich ein Trend in diese Richtung ($r = .24$, $p = .095$). Pflegepersonen, die angeben, dass sie die Autonomie des Patienten im Pflegealltag nicht so gut berücksichtigen können, empfinden auch mehr Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen.

In der Literatur liegen hierzu keine vergleichbaren Ergebnisse vor. Eine Interpretation dieses Zusammenhangs bewegt sich auf zwei Ebenen. Zum einen könnten Umstände und Rahmenbedingungen, die auf einer Station die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten erschweren, auch in das Belastungserleben der Pflegepersonen hineinwirken. Zum anderen könnte eine ursächliche Verbindung zu Wissen und Erfahrung der Pflegepersonen bestehen.

Zusammenhänge Autonomie – konzeptueller Hintergrund der Pflege

Zwischen diesen Konstrukten konnten in den beiden Gruppen keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

Nur in der Gesamtstichprobe zeigte sich eine signifikante, negative, allerdings sehr geringe Korrelation zwischen der Einstellung zur Autonomie des Patienten und den verwendeten Pflegekonzepten ($r = -.20$, $p = .023$). Die Ergebnisse im Akutspital entsprechen einem Trend in diese Richtung ($r = -.19$, $p = .094$). Pflegepersonen, welche die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten wichtiger finden, arbeiten personenzentrierter. Auch dieses Ergebnis spiegelt die Sichtweise der personenzentrierten Ansätze wider. „Der Pflege geht es im wesentlichen um Erhalt und Stärkung des Personenseins.“ (Kitwood, 2005, S. 194).

Zwischen den beiden Skalen zur Autonomie (Einstellung und Umsetzbarkeit) wurde ein signifikanter, positiver Zusammenhang in der Gruppe Akutspital ($r = .32$, $p = .002$) und in der Gesamtstichprobe ($r = .25$, $p = .002$) festgestellt. Die Pflegepersonen, die angaben, dass sie die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten wichtiger finden, konnten diese auch im Pflegealltag besser umsetzen. Dies könnte daran liegen, dass Pflegepersonen, denen die Berücksichtigung der Autonomie sehr wichtig ist, auch Prioritäten in die Umsetzung legen.

10.1.8 Sonstige Ergebnisse

Im folgenden sind Ergebnisse abseits der Hypothesentestungen dargestellt, deren Erläuterung aber durchaus wichtig und von Interesse scheint.

Soziodemographische Daten

Bezüglich Alter der befragten Personen konnten in den Stichproben bei Inspektion der Daten keine Besonderheiten festgestellt werden.

Ein starkes Überwiegen weiblicher Pflegepersonen in beiden Stichproben (Akutspital: 93.9% Frauen, Demenzstation: 88.4%) entspricht der in unserer Gesellschaft durchaus üblichen Geschlechterverteilung in dieser Berufsgruppe. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, da alle Ergebnisse dieser Studie somit zum Großteil von weiblichen Testpersonen stammen und vor diesem Hintergrund gesehen werden müssen. Aufgrund der sehr geringen Anzahl männlicher teilnehmender Personen wurde auf eine Testung von möglichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern verzichtet.

Hinsichtlich Organisationsform der Pflege gab die Mehrzahl der Pflegepersonen (Akutspital: 90.8%, Demenzstation: 78.3%) an, in Bezugspflegeform zu arbeiten. Die Beobachtung, dass nur sehr wenige Pflegepersonen in Gruppenpflege oder Haupt-Beidienst-Form arbeiten und das zum Teil auf Stationen, wo andere Pflegepersonen Bezugspflege als Organisationsform angaben, deutet auf gewisse Unsicherheiten über die tatsächlichen Verhältnisse hin. Es scheinen bei den befragten Personen selbst Unklarheiten bezüglich der Organisationsform vorzuliegen. Die Ergebnisse der Studie von Normann et al. (1999), die einen Zusammenhang zwischen Gruppenpflegesetting und der Verwendung personenzentrierter Ansätze zeigten, konnten somit mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden.

Wohlbefinden im Arbeitsumfeld

Das Item zum Wohlbefinden im Arbeitsumfeld wurde eingefügt, um Pflegepersonen, die ein sehr schlechtes Befinden angeben, aus der Untersuchung entfernen zu können. Ein sehr negatives Befinden könnte die Ergebnisse zu Einstellung und Belastung verfälschen.

In keiner der beiden Stichproben gaben Pflegepersonen an, sich in ihrem Arbeitsumfeld sehr schlecht zu fühlen. Der Großteil der teilnehmenden Personen beantwortete diese Frage sogar mit „sehr gut“ oder „gut“ (Akutspital: 98%, Demenzstation: 94.2%).

Pflegeleitbild

In beiden Gruppen gab die Mehrzahl der Pflegepersonen an, das Pflegeleitbild ihres Arbeitgebers gut zu kennen (Akutspital: 59.2%, Demenzstation: 50.7%). Auch die Frage, inwieweit dieses Leitbild ihren eigenen Vorstellungen entspricht beantworteten die meisten mit „gut“ (Akutspital: 66.3%, Demenzstation: 60.9%).

Pflegeleitbilder thematisieren häufig das Feld Selbstbestimmung oder Autonomie des Patienten (Bobbert, 2002). Eine Zustimmung der Pflegepersonen zum Leitbild ihres Arbeitgebers bedeutet somit auch eine bereits stattgefundene Auseinandersetzung mit diesem Thema. Von den Institutionen der an der Untersuchung teilnehmenden Demenzstationen liegen zum Teil noch keine ausformulierten Pflegeleitbilder vor. Das erklärt, warum in der Gruppe Demenzstation einige Pflegepersonen diese Items nicht beantwortet haben.

Faktoren zur Verbesserung der Pflegequalität

Die Pflegepersonen wurden in der vorliegenden Studie zweimal (in geschlossenem und offenem Antwortformat) nach Faktoren gefragt, die ihrer Meinung nach die Qualität der Pflege im Umgang mit demenzkranken Patienten verbessern helfen würden.

Bei der geschlossenen Frage wählten die Pflegepersonen beider Gruppen am häufigsten den Faktor „Zur Verfügung stehendes Personal“. Aber auch die Faktoren „Rahmenbedingungen“ und „Erfahrung bzw. Routine“ wurden von mehr als der Hälfte der befragten Personen angegeben.

Interessant erwiesen sich die Ergebnisse zu der offenen Fragestellung, bei der die Pflegepersonen ihre Antworten frei formulieren konnten. Auch hier konnten die Äußerungen vor allem den Kategorien „Rahmenbedingungen“ und „Personal“ zugeordnet werden. Einige Pflegepersonen nannten aber noch andere Gründe, die sich in erster Linie auf eine psychologische Unterstützung des Personals sowie auf Wissen und Kompetenz bezogen.

10.1.9 Graphische Darstellung der Ergebnisse

Abbildung 17 gibt einen graphischen Überblick über die signifikanten Ergebnisse der Untersuchung.

Es werden die signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in den Bereichen Einstellung zu konstruktiven Verhaltensweisen, Belastung durch konstruktives und unsicheres Verhalten, Pflegekonzepte, Umsetzbarkeit der Autonomie, Zeitaufwand (Istzustand und Differenzwert) sowie Fortbildungen dargestellt.

Signifikante Zusammenhänge zeigten sich im Akutspital zwischen Einstellung zu und Belastung durch demenzspezifisches Verhalten und zwischen Einstellung zur und Umsetzbarkeit von Autonomie, auf der Demenzstation zwischen Umsetzbarkeit von Autonomie und erlebter Belastung. Korrelationen zwischen Einstellung zur Autonomie und konzeptuellem Hintergrund sowie Einstellung zum Verhalten des Patienten und Pflegekonzepten konnten nur in der Gesamtstichprobe beobachtet werden.

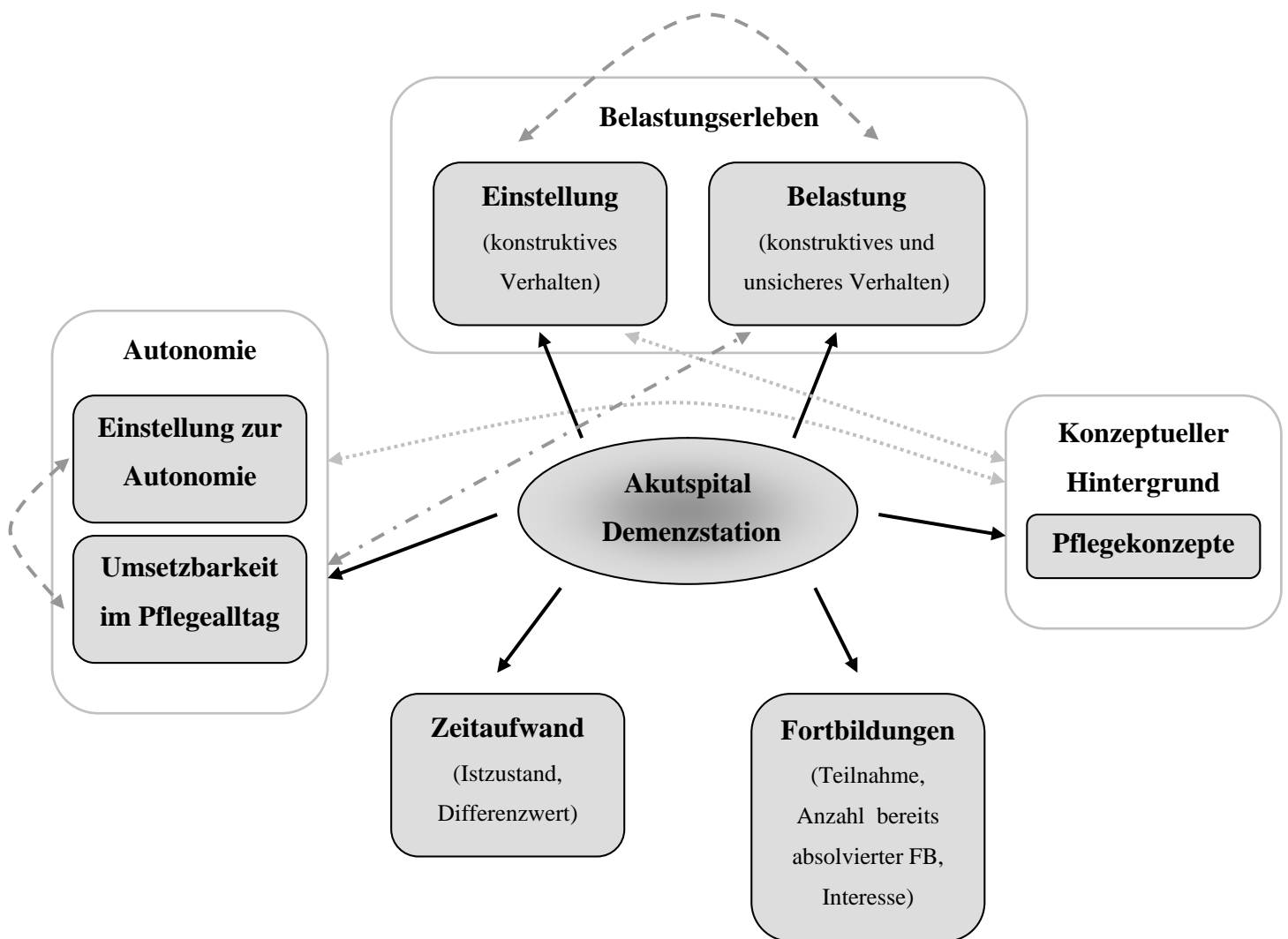


Abbildung 17: graphische Darstellung der festgestellten Unterschiede und Zusammenhänge

- > Unterschied zwischen den Gruppen Akutspital und Demenzstation (bezieht sich auf die in Klammer aufgelisteten Bereiche)
- - - - -> Zusammenhang in der Gruppe Akutspital und in der Gesamtstichprobe
-> Zusammenhang in der Gruppe Demenzstation und in der Gesamtstichprobe
-> Zusammenhang in der Gesamtstichprobe

10.2 Grenzen der Studie und Kritik

Trotz gründlicher Planung des Untersuchungsablaufs und sorgfältiger Erstellung des Untersuchungsinstruments kam es zum Auftreten von Problemen, und es können einige Kritikpunkte festgehalten werden.

Bei den teilnehmenden Stationen handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Institutionen wurden nach bereits bestehenden Kontakten und möglicher Verfügbarkeit ausgewählt. Einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der Pflegepersonen in Akutspitälern und Demenzstationen sind daher sicherlich Grenzen gesetzt. Die unterschiedliche Größe der Institutionen, ihr unterschiedlich langes Bestehen sowie die verschiedenen Trägerorganisationen könnten Einfluss auf die Resultate haben und die Vergleichbarkeit reduzieren, wurden allerdings nicht in der Erhebung mitberücksichtigt.

Vor allem am Untersuchungsinstrument, dem selbst zusammengestellten Fragebogen, muss Kritik geübt werden. Obwohl dieser im Probelauf von den Pflegepersonen gut angenommen wurde, warf er im Laufe der Untersuchung doch einige Probleme auf. In erster Linie war es der Umfang des Fragebogens, der mit 10 Seiten von den teilnehmenden Personen als zu lang empfunden wurde. Auch wenn der Gesamtrücklauf mit über 50% als gut angesehen werden kann, so reduzierte sich der Ausfüllungsgrad dennoch auffällig häufig bei Punkt 13 des Fragebogens, der deutschen Version der „Modified Nursing Care Assessment Scale“ (MNCAS). Dieser 28 Items umfassende Abschnitt erwies sich eindeutig als zu lang. Außerdem schien der Antwortmodus nicht allen Teilnehmern ganz klar verständlich zu sein. Einige kritisierten, dass diese Skala zu sehr verallgemeinernden Antworten auffordert, die nur schwer getroffen werden können.

Die Gesamtlänge des Untersuchungsinstruments wirkte sich vermutlich entscheidend auf die Motivation der Pflegepersonen zur Teilnahme aus. Des weiteren muss auch die für den gesamten Fragebogen fehlende Normierung erwähnt werden.

In manchen Skalen verkleinerte sich der Stichprobenumfang aufgrund eben erwähnter Ursachen beträchtlich. Neben einer geringen Anzahl an Testpersonen war auch eine zum Teil sehr unterschiedliche Stichprobengröße die Folge, die aber in der Auswahl der Testverfahren nach Möglichkeiten berücksichtigt wurde.

Die Schwerpunktsetzung der Studie auf dem Belastungserleben der Pflegepersonen durch demenzspezifische Verhaltensweisen reduzierte die Berücksichtigung anderer Faktoren. So wurde beispielsweise nicht erhoben, inwiefern die Pflegepersonen durch Rahmenbedingungen, Umstände und organisatorische Abläufe zusätzlich belastet sind. Weitere mögliche Störvariablen wie Tagesverfassung oder Sprachprobleme beim Ausfüllen des Fragebogens, Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit, generelle Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation, gegebenenfalls Burnout - Symptomatik wurden nicht erhoben. Es wurde zwar versucht, diese vor allem durch entsprechende Einleitung und Instruktion im Fragebogen möglichst gering zu halten, ihr Einfluss auf die Ergebnisse kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

10.3 Konklusion und Ausblick

Ziel dieser Diplomarbeit war es, sich intensiv mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten im Akutspital auseinanderzusetzen. Bereits im Vorfeld der Untersuchung erweiterte sich dieses Thema zu einem sehr umfassenden Blick auf den Umgang von Pflegepersonen mit demenzkranken Patienten und beinhaltete so neben dem Erfassen von Einstellung zu und Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen auch die Betrachtung von konzeptuellem Hintergrund der Pflege, Zeitaufwand für den Patienten, das Konstrukt Autonomie sowie Wissensstand und Fortbildungsbedarf der Pflegepersonen. Um die Antworten der Pflegepersonen vergleichbar zu machen, wurden ihre Ergebnisse dem Erleben von Pflegepersonen auf Demenzstationen gegenübergestellt. Das Setting der Demenzstation mit einem an den Demenzkranken angepassten Umfeld und einem im Umgang geschulten und erfahrenen Personal sollte als Gegenpol zu der demenzfeindlichen Umgebung des Akutspitals dienen.

Für das zum Zweck dieser Untersuchung eigens erstellte Instrument konnten in der vorliegenden Stichprobe hinreichende Reliabilität und Konstruktvalidität gezeigt werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass auch die aus anderen Studien übernommenen Fragebogenteile im Zuge dieser Untersuchung erstmals im Akutspital Anwendung fanden. Bereits erwähnte Kritikpunkte wie Länge des Fragebogens oder unklare Antwortformate sollten in zukünftigen Studien unbedingt beachtet und verbessert werden. Diesbezüglich würde sich vor allem eine Kürzung des Punkt 13, der übersetzten Version der „Modified Nursing Care Assessment

Scale“ anbieten. Eine nochmalige Überprüfung der Übersetzung bzw. eventuell eine Eliminierung mancher Items wäre hier sicherlich sinnvoll.

Die Belastung der Pflegepersonen durch demenzspezifisches Verhalten erwies sich bei neutraler Einstellung als mittel bis gering und fiel somit niedriger aus als erwartet. Die zum Teil festgestellten Unterschiede zwischen den Gruppen lassen sich auf den geschulteren und persönlicheren Umgang der Pflegepersonen der Demenzstationen mit ihren Patienten zurückführen. Diese arbeiten auch personenzentrierter, haben mehr Fortbildungen besucht und ein größeres Interesse an weiteren Kursen.

Die in der Gesamtstichprobe gefundenen Zusammenhänge zwischen personenzentriertem Arbeiten und einer positiven Einstellung zu demenzspezifischem Verhalten sowie der subjektiven Wichtigkeit der Autonomie des Patienten unterstützen die theoretischen Grundlagen der personenzentrierten Konzepte.

Deutlich zeigte sich, dass die Pflegepersonen des Akutspitals weniger Zeit für ihre Patienten haben und die Autonomie der demenzkranken Patienten im Pflegealltag weniger berücksichtigen können, wobei es schon eine Rolle zu spielen scheint, wie wichtig der Pflegeperson die Autonomie des Patienten ist. Die Pflegepersonen, die eine positivere Einstellung zum Verhalten des Patienten haben, erleben dieses als weniger belastend.

Da es nicht unbedingt die Verhaltensweisen des Patienten sind, die eine Belastung der Pflegepersonen verursachen, sollten sich weiterführende Studien mit anderen möglichen Gründen befassen. Interessant dazu wären beispielsweise im Sinne einer qualitativen Untersuchung Interviews mit Pflegepersonen im Akutspital zu den von ihnen im Umgang mit Demenzkranken erlebten Belastungen. Für Maßnahmenplanungen und Hilfestellungen sinnvoll wären Auseinandersetzungen mit Copingstrategien der Pflegepersonen in diesem Kontext; also wie gehen Pflegepersonen mit den Belastungen um, wie reagieren sie auf herausforderndes Verhalten des Patienten, welche Ressourcen stehen ihnen in der Arbeit mit den Patienten konkret zur Verfügung. Zur Überprüfung der hier sehr subjektiv erfassten Themen Zeitaufwand und Berücksichtigung von Autonomie würde sich die Anwendung objektiverer Verfahren wie Verhaltensbeobachtungen anbieten.

Was ist es nun, das den Umgang mit demenzkranken Patienten im Akutspital so schwierig gestaltet? Ist es das zum Teil aggressive, unberechenbare und fordernde Verhalten der Patienten, das natürlich immer als Symptom ihrer Erkrankung zu werten ist? Sind es die feindliche Umgebung und der stressige Alltag im Krankenhaus? Oder die Überforderung der Mitarbeiter aufgrund mangelnder Kompetenz?

Die Verhaltensauffälligkeiten des demenzkranken Patienten scheinen es nicht zu sein, zumindest nicht in erster Linie und nicht wenn man sie isoliert betrachtet. Eher stellen die Umstände das Problem dar: Zeit, die man nicht hat, aber gerne hätte; Bedürfnisse, die man gerne erfüllen würde, für deren Umsetzbarkeit aber der Rahmen fehlt.

Sicherlich ist eine Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen im Akutspital nur begrenzt möglich. Ein Patient mit einer Oberschenkelhalsfraktur beispielsweise wird nun mal Bettruhe einhalten und bestimmte Untersuchungen und Therapien über sich ergehen lassen müssen, ob er nun Demenz hat oder nicht. Entscheidend sind aber die Gestaltung dieser Abläufe und der zwischenmenschlichen Kontakte, bei der Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse dieses Menschen genommen werden sollte und auch genommen werden kann.

Ganz klar als positiv würden sich diesbezüglich Fortbildungen zu einem personenzentrierten Umgang erweisen, also zum Beispiel Validationskurse, aber auch schlichtweg die Vermittlung einer personenzentrierten, individuellen Denkweise. Den Pflegepersonen ein solches Werkzeug in die Hand zu geben, würde Belastungen reduzieren und den Umgang mit demenzkranken Patienten verbessern und erleichtern helfen. Außerdem wären eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, der Einsatz von Fachkräften und Spezialisten sowie eine Verbesserung von Angehörigenbetreuung und Entlassungsmanagement wichtige Maßnahmen. Bei der geplanten Rückmeldung an die teilgenommenen Institutionen wird es auch eine Empfehlung in diese Richtung geben.

Auch wenn ein Spitalsaufenthalt für einen demenzkranken Menschen und die ihn betreuenden Personen aufgrund seiner besonderen Bedürfnisse wohl immer eine Belastung oder gar Krise bedeuten wird, so sollte dennoch versucht werden, diese möglichst gering zu halten. Entscheidender Punkt dabei wird sein, den Pflegepersonen das Wissen zu geben, wie sie bestmöglich auf diese herausfordernde Situation reagieren, um so eine Überforderung – aller Beteiligter - zu vermeiden.

11 Abstract

Hintergrund und Ziel: Besondere Bedürfnisse und auftretende Verhaltensauffälligkeiten von demenzkranken Patienten stellen gerade im Akutspital eine enorme Herausforderung für das Pflegepersonal dar. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, sich mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen des Akutspitals im Umgang mit demenzkranken Patienten auseinanderzusetzen. Im Detail wurden dazu Einstellung zu und Belastung durch demenzspezifische Verhaltensweisen, Einstellung zur Autonomie des Patienten, die Umsetzbarkeit der Autonomie im Pflegealltag, bevorzugte Pflegekonzepte, Zeitaufwand für den Patienten sowie Wissensstand und Fortbildungsbedarf erhoben. Um die Ergebnisse vergleichbar zu machen, wurden die Angaben der Pflegepersonen des Akutspitals denen von Pflegepersonen mehrerer Demenzstationen gegenüber gestellt. Die Fragestellung lautete, ob sich die Pflegepersonen der unterschiedlichen Stationssettings in den genannten Bereichen unterscheiden bzw. ob es Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konstrukten gibt.

Methode: Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum Dezember 2007 bis Mai 2008 auf 14 Akutstationen und 7 Demenzstationen im Raum Wien und Niederösterreich. Insgesamt nahmen 167 Pflegepersonen an der Studie teil. Der zu diesem Zweck eigens zusammengestellte Fragebogen bestand aus einer übersetzten Version der „Modified Nursing Care Assessment Scale“ (MNCAS), einer Skala zum konzeptuellen Hintergrund der Pflege sowie aus selbstkonstruierten Fragen zu Autonomie, Zeitaufwand, Wissensstand, Fortbildungsbedarf und Faktoren zur Verbesserung der Pflegequalität. Es konnten für dieses Instrument in der vorliegenden Stichprobe Reliabilität und Konstruktvalidität gezeigt werden.

Ergebnisse: Die Pflegepersonen des Akutspitals gaben eine mittlere Belastung durch demenzspezifisches Verhalten an, fühlten sich aber signifikant belasteter als die Pflegepersonen der Demenzstationen. Sie gaben außerdem eine negativere Einstellung zu den Patienten an, konnten die Autonomie des Patienten weniger gut berücksichtigen und weniger Zeit für den Patienten aufbringen. Die Pflegepersonen der Demenzstationen arbeiteten personenzentrierter, hatten bereits mehr Fortbildungen zu dem Thema Demenz besucht und auch mehr Interesse an weiteren Kursen. Signifikante Zusammenhänge zeigten sich im Akutspital zwischen Einstellung und Belastung sowie zwischen Einstellung zur Autonomie und deren Umsetzbarkeit, auf der Demenzstation zwischen Umsetzbarkeit von Autonomie und Belastung und in der Gesamtstichprobe zwischen Einstellung zu Verhalten und Autonomie und konzeptuellem Hintergrund.

Diskussion und Schlussfolgerung: Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten scheint in erster Linie weniger durch demenzspezifisches Verhalten, als durch äußere Rahmenbedingungen bestimmt. Vor allem in der Akutpflege bleibt nicht genug Zeit für den Patienten und die Erfüllung seiner Bedürfnisse. Die Pflegepersonen der Demenzstationen profitieren von ihrem Wissen und ihrer personenzentrierten Haltung. Für die Pflegepersonen des Akutspitals wären Fortbildungen in diese Richtung wünschenswert und hilfreich.

Abstract (englisch)

Background and purpose: The special needs of patients with dementia and the behavioural peculiarities related to this mental disorder present a big challenge for caregivers, particularly for those working in acute care hospitals. The aim of the present study, therefore, was to evaluate the strain experienced by the nursing staff of acute care hospitals when dealing with dementia patients. In particular, the study focussed on the strain experienced by the caregivers as well as on their attitude towards the patients' dementia-specific behaviour and autonomy. In addition, data were collected on preferred care concepts, on the feasibility of patients' autonomy during day-to-day care, on the time spent for and with dementia patients, as well as on the current level of specific knowledge and the potential interest in further training programs. The results obtained with the nursing staff of the acute care hospitals were compared with those from caregivers of units specialized in the care of patients with dementia. The purpose of this comparison was to elucidate the questions whether and to which extent caretakers in these two different care settings actually differ in the above listed theoretical constructs, and whether there are correlations between these parameters.

Methods: Between December 2007 and May 2008, a total of 167 caregivers from 14 acute care hospital wards and 7 special care units, in the area of Vienna (Wien) and Lower Austria (Niederösterreich), participated in the present study. The questionnaire designed for the current research project consisted of a version of the "Modified Nursing Care Assessment Scale" (MNCAS) translated into German, and an additional section to assess care concepts, ideas about the patients' autonomy, time spent for and with dementia patients, level of dementia-specific knowledge, interest in additional training programs, and factors to improve the quality of care. The statistical examination of the questionnaire indicated construct validity and reliability for the present sample.

Results: The strain due to dementia-specific behaviour of patients experienced by caregivers of acute care hospitals was medium, yet significantly higher than that experienced by the nursing staff of dementia-specialized units. Furthermore, caregivers of acute care hospitals had a more negative attitude towards dementia patients, put less weight on the patients' autonomy, and spent less time with them. Caregivers of dementia-specialized units, on the other hand, presented a more person-centred attitude, they participated with higher frequency in dementia-specialized training programs, and were more interested in further training. In acute care hospitals, significant correlations were found between the caregivers' attitude towards dementia-specific behaviour and experienced strain, and between the attitude towards

the patients' autonomy and its feasibility. In dementia-specialized care units, feasibility of autonomy and strain experienced by the nurses were significantly correlated. The entire sample showed a significant correlation between the caregivers' attitude towards dementia-specific behaviour and autonomy and care concepts.

Discussion and conclusion: The principal factor determining the strain experienced by nurses in the care of patients suffering from dementia is not the patients' dementia-specific behaviour but, apparently, the surrounding conditions. In acute care, in particular, the nursing staff does not have sufficient time to spend for and with the dementia-patients and, thus, to satisfy their needs. Nurses of special care units, by contrast, benefit from their specific knowledge and their person-centred attitude. Additional qualified training for caregivers of acute care hospitals would be desirable and helpful.

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Interdisziplinäres-4-Pfeiler-Konzept (Geriatrizentrum Am Wienerwald, 2007)</i>	33
Abbildung 2: <i>Darstellung der fünf großen Bedürfnisse (Kitwood, 2005, S. 121)</i>	54
Abbildung 3: <i>Grundmuster der Beziehungsarbeit (Günther, 2004)</i>	58
Abbildung 4: <i>Hypothesen</i>	85
Abbildung 5: <i>Eigenwertdiagramm Faktorenanalyse Einstellungsskala (MNCAS)</i>	118
Abbildung 6: <i>Eigenwertdiagramm Faktorenanalyse Belastungsskala (MNCAS)</i>	121
Abbildung 7: <i>Absolvierte Fortbildungen (in Prozent angegeben)</i>	128
Abbildung 8: <i>Angegebene Faktoren zur Verbesserung der Pflege und Förderung der Autonomie (in Prozent)</i>	131
Abbildung 9: <i>Den freien Antworten zur Pflegequalität zugeordnete Faktoren (in Prozent)</i>	132
Abbildung 10: <i>Interesse an Fortbildungsschwerpunkten (Kommunikation mit Demenzpatienten, Ethische Richtlinien im Umgang mit Demenzpatienten, Medizinische Fachkurse über die Demenzerkrankung, Angehörigenbetreuung, Sonstiges) in Prozent ...</i>	133
Abbildung 11: <i>Mittlerer Zeitaufwand (Ist- und Optimalzustand) in Minuten für Aktivitäten des täglichen Lebens in der Pflege demenzkranker Patienten im Akutspital</i>	134
Abbildung 12: <i>Mittlerer Zeitaufwand (Ist- und Optimalzustand) in Minuten für Aktivitäten des täglichen Lebens in der Pflege demenzkranker Patienten auf der Demenzstation</i>	135
Abbildung 13: <i>Einstellung und Umsetzbarkeit Autonomieaspekt Entscheiden (Antworten in Prozent)</i>	137
Abbildung 14: <i>Einstellung und Umsetzbarkeit Autonomieaspekt Handeln (Antworten in Prozent)</i>	137

Abbildung 15: <i>Einstellung und Umsetzbarkeit</i> Autonomieaspekt Bewegungsfreiheit (Antworten in Prozent)	138
Abbildung 16: <i>Einstellung und Umsetzbarkeit</i> Autonomieaspekt Privatsphäre (Antworten in Prozent)	138
Abbildung 17: <i>graphische Darstellung der festgestellten Unterschiede und Zusammenhänge</i>	178

13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Globale Verschlechterungsskala nach Reisberg (Gastpar et al., 2003, S. 43)</i>	20
Tabelle 2: <i>Formen der zerebrovaskulären Demenz (Förstl, 2001, S.31)</i>	23
Tabelle 3: <i>Elemente der Behandlung Demenzkranker (Förstl, 2001, S. 21)</i>	24
Tabelle 4: <i>Nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren (Förstl, 2001, S. 25)</i>	26
Tabelle 5: <i>Verteilung des täglichen Mehraufwandes in der Versorgung Demenzkranker (Dürrmann, 2001)</i>	29
Tabelle 6: <i>Wohnformen für Demenzkranke (Annerstedt et al., 1996, nach Wojnar, 2001, S. 50)</i>	31
Tabelle 7: <i>Zwei Kulturen der Demenzpflege (Kitwood, 2005, S.194)</i>	52
Tabelle 8: <i>Effekte Validation (Müller 1994, nach Radzey & Heeg, 2001, S. 24)</i>	57
Tabelle 9: <i>Effekte ROT (Woods et al., 1992, zitiert nach Radzey & Heeg., 2001, S. 22)</i>	62
Tabelle 10: <i>Effekte Reminiszenztherapie (Radzey & Heeg., 2001, S. 23)</i>	63
Tabelle 11: <i>Aufbau des Fragebogens</i>	86
Tabelle 12: <i>Faktorenanalyse M-NCAS (Kleinman et al., 2004)</i>	94
Tabelle 13: <i>Reliabilität M-NCAS (Kleinman et al., 2004)</i>	96
Tabelle 14: <i>Rücklaufstatistik Fragebogenerhebung 2007/ 2008</i>	101
Tabelle 15: <i>Darstellung der Punkte 1 bis 7, 11, 14 und 15 des Fragebogens im SPSS</i>	107
Tabelle 16: <i>Darstellung Punkt 10 „Autonomie“ im SPSS</i>	110
Tabelle 17: <i>Darstellung Punkt 13 (M-NCAS) im SPSS</i>	111
Tabelle 18: <i>Faktorenanalyse Autonomie</i>	116
Tabelle 19: <i>Reliabilitätsanalyse Autonomie</i>	116

Tabelle 20: <i>Reliabilitätsanalyse Pflegekonzepte</i>	117
Tabelle 21: <i>Faktorenanalyse Einstellungsskala MNCAS</i>	119
Tabelle 22: <i>Eigenwerte und erklärte Varianz der Faktoren zur Einstellungsskala</i>	120
Tabelle 23: <i>Reliabilitätsanalyse Einstellungsskala MNCAS</i>	121
Tabelle 24: <i>Faktorenanalyse Belastungsskala MNCAS</i>	122
Tabelle 25: <i>Eigenwerte und erklärte Varianz der Faktoren zur Belastungsskala</i>	124
Tabelle 26: <i>Reliabilitätsanalyse Belastungsskala MNCAS</i>	124
Tabelle 27: <i>Organisationsform der Pflege(in Häufigkeiten)</i>	127
Tabelle 28: <i>Beschäftigungsdauer und Zeit seit dem Ausbildungsabschluss (in Jahren)</i>	127
Tabelle 29: <i>Anzahl absolvierter Fortbildungen</i>	129
Tabelle 30: <i>Wohlbefinden im Arbeitsumfeld (in Häufigkeiten)</i>	129
Tabelle 31: <i>Kennen des Pflegeleitbilds und Entsprechen den eigenen Vorstellungen (in Häufigkeiten)</i>	130
Tabelle 32: <i>Zeitaufwand (Differenzwert Istzustand minus Optimalzustand) in Minuten für demenzkranke Patienten im Akutspital und auf der Demenzstation</i>	136
Tabelle 33: <i>Einstellung zur Autonomie des Patienten und Umsetzbarkeit (Aspekte und Summenscores)</i>	139
Tabelle 34: <i>Konzeptueller Hintergrund der Pflege (Summenscore)</i>	140
Tabelle 35: <i>Einstellung zu und Belastung durch demenzspezifisches Verhalten (Mittelwertscores)</i>	141
Tabelle 36: <i>Überprüfung der Normalverteilung mit Kolmogorov-Smirnov-Test (MNCAS)</i>	144
Tabelle 37: <i>Überprüfung der Homogenität der Varianzen mit dem Levene-Test (MNCAS)</i>	144
Tabelle 38: <i>t-Test MNCAS</i>	145

Tabelle 39: <i>U-Test MNCAS</i>	146
Tabelle 40: <i>Überprüfung der Homogenität der Varianzen mit dem Levene-Test (Skala Pflegekonzepte)</i>	147
Tabelle 41: <i>t-Test Skala Pflegekonzepte</i>	148
Tabelle 42: <i>U-Test Skala Autonomie</i>	149
Tabelle 43: <i>U-Test Skala Zeitaufwand</i>	151
Tabelle 44: <i>U-Test Anzahl der absolvierten Fortbildungen</i>	154
Tabelle 45: <i>Chi-Quadrat-Test Interesse an Fortbildungen</i>	155
Tabelle 46: <i>Produkt-Moment-Korrelation Einstellung – Belastung</i>	157
Tabelle 47: <i>Produkt-Moment-Korrelation MNCAS – Pflegekonzepte</i>	158
Tabelle 48: <i>Rangkorrelation MNCAS – Autonomie</i>	160
Tabelle 49: <i>Rangkorrelation Einstellung zur Autonomie – Umsetzbarkeit</i>	161
Tabelle 50: <i>Rangkorrelation Autonomie – Pflegekonzepte</i>	162
Tabelle 51: <i>Vergleich Faktoren und Reliabilitäten MNCAS englisch – deutsch</i>	165

14 Literaturverzeichnis

- Agich, G.J. (2003). *Dependence and Autonomy in Old Age: An Ethical Framework for Long-Term Care* (2nd ed., rev.). Cambridge: University Press.
- Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Arndt, M., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Scott, A., Dassen, T., Gasull, M. & Lemonidou, C. (2002). Autonomie, Privatsphäre und informierte Zustimmung: Ein BIOMED II-Forschungsprojekt mit Patienten und Pflegepersonen in fünf europäischen Ländern. *Pflegezeitschrift*, 1, 1-12.
- Bauer Alfredson, B. & Annerstedt, L. (1994). Staff attitudes and job satisfaction in the care of demented elderly people: group living compared with long-term care institutions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 964-974.
- Bobbert, M. (2002). *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Frankfurt/ Main: Campus.
- Böhm, E. (2004). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm- Band I: Grundlagen*. (3. Aufl.). Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. (6. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Brodaty, H., Draper, B. & Low, L. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 583-590.
- Büssing, A. (1990). Streß und Streßbewältigung in der Krankenpflege. *Pflege*, 3, 105-118.

- Dürrmann, P. (2003). Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LVVD). In P. Tackenberg, A. Abt-Zegelin (Hrsg.) *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung* (S. 215-229). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Eden Alternative (2008). *Philosophie/Geschichte*. [Online]. Verfügbar unter: www.eden-europe.net [12.9.2008].
- Edwards, D. & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 169-200.
- Feil, N. (2001). *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Feil, N. & de Klerk-Rubin, V. (2005). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Reinhardt.
- Fonds Soziales Wien. (2006). *Mit Demenz leben*. Information für Betroffene und Angehörige.
- Förstl, H. (Hrsg.), (2001). *Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter*. München: Urban & Fischer.
- Gastpar, M.T., Kasper, S. & Linden, M. (Hrsg.), (2003). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Gatterer, G., Auer, S. & Schmidl, E. (2006). Neuropsychologische und klinisch psychologische Interventionsmöglichkeiten bei Personen mit leichtem kognitivem Defizit und Demenz. In J. Lehrner, G. Pusswald, E. Fertl, W. Strubreither & I. Kryspin-Exner (Hrsg.) *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation* (S. 611-622). Wien: Springer.
- Geriatriezentrum Am Wienerwald (2006). *Betriebs- und Leistungsbeschreibung, sowie Heimordnung des Geriatriezentrums Am Wienerwald*. [Online]. Verfügbar unter: www.wienkav.at/kav/gzw/ [08.06.2008].

- Geriatriezentrum Am Wienerwald. (2007). *Das Interdisziplinäre-4-Pfeiler-Konzept*. (Broschüre).
- Glasberg, A.L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2007). Burnout and „stress of conscience“ among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392-403.
- Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Günther, A. (2004). *Evaluationsstudie über die Praxiserfolge von Validation nach Feil am Beispiel eines Tertianum ZfP Validation-Anwenderseminars*. [Online]. Verfügbar unter: http://www.validation-eva.com/pdf/Evaluations-Studie_Validation.pdf [11.11.2007]
- Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1993). Strain among nurses and their emotional reactions during 1 year of systematic clinical supervision combined with the implementation of individualized care in dementia nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1860-1875.
- Hallberg, I.R. & Norberg, A. (1995). Nurses' experiences of strain and their reactions in the care of severely demented patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 757-766.
- Innes, A. (2004). *Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Anwendung und Erfahrung mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz*. Bern: Huber.
- Kämmer, K. (2001). Qualität in der Versorgung Demenzerkrankter: Die Perspektive des Pflegepersonals. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops)*, 2001 (S. 70-78), Stuttgart: Kohlhammer. [Online]. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf. [10.11.2008].

- Kirchen-Peters, S. (2005). *Der Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“*. [Online]. Verfügbar unter: www.iso-institut.de/institut/mitarbeiter/kirchen/kirchen_veroeffentlichungen1.html. [10.11.2008].
- Kitwood, T. (2004). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Kleina, T. & Wingenfeld, K. (2007). *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus*. [Online]. Verfügbar unter: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/veroeffentlichungsreihe.html. [15.11.2008].
- Kleinman, L., Frank L., Ciesla, G., Rupnow, M. & Brodaty, H. (2004). *Psychometric performance of an assessment scale for strain in nursing care: The M-NCAS*. [Online] Verfügbar unter: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=535543&blobtype=pdf> [30.5.2007].
- Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien (2006). *Grundsätze der Pflege*. [Online]. Verfügbar unter: www.bhswien.at/bhswien/media/pdf_contel_bhswien/atientenorientierung_72.pdf [07.06.2008].
- Kubinger, K. D. (1996). *Einführung in die Psychologische Diagnostik*. (2. korr. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kuremyr, D., Kihlgren, M., Norberg, A., Aström, S. & Karlsson, I. (1994). Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 670-679.
- Lauter, H. (1993). Ethische und juristische Probleme der Demenz. In H. Hinterhuber (Hrsg.), *Psychiatrie im Aufbruch* (S. 76-83). Innsbruck: VIP-Verlag Integrative Psychiatrie.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lehrner, J., Bodner, T., Dal-Bainco, P. & Schmidt, R. (2006). Demenzsyndrome. In J. Lehrner, G. Pusswald, E. Fertl, W. Strubreither & I. Kryspin-Exner (Hrsg.) *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation* (S. 327-346). Wien: Springer.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien: Springer.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633-642.
- Moser, A., Houtepen, R. & Widdershoven, G. (2007). Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (4), 357-365.
- Müller, E. (2001). *Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung*. Bern: Hans Huber.
- Mummendey, H. D. & Grau, I. (2008). *Die Fragebogen-Methode*. (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Nationaler Ethikrat. (2005, Oktober). *Wortprotokoll Niederschrift über die Jahrestagung Altersdemenz und Morbus Alzheimer: medizinische, gesellschaftliche und ethische Herausforderungen* (Teil 1). Berlin. [Online]. Verfügbar unter: www.nationalerethikrat.de/veranstaltungen/pdf/Wortprotokoll_Jahrestagung_2005-10-27_Vormittag.pdf [11.11.2007].
- Normann, H.K., Asplund, K. & Norberg A. (1999). Attitudes of Registered Nurses towards patients with severe dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 353-359.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (258. neubearbeitete Aufl.). (1998). Berlin: de Gruyter.

Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2008). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung*. Wien: Facultas.

Radzey, B. & Heeg, S. (2001). Demenzerkrankte in der stationären Versorgung; Versorgungskonzepte und „offene“ Forschungsfragen. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops)*, 2001 (S. 41-57), Stuttgart: Kohlhammer. [Online]. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2.property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf. [10.11.2008].

Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 172-180.

Rudolfinerhaus (2006). *Pflegeleitbild* [Online]. Verfügbar unter: www.rudolfinerhaus.at/content/attm/html_00057_47974_pflegeleitbild.pdf. [07.06.2008].

Rundqvist, E.M. & Severinsson, E.I. (1999). Caring relationships with patients suffering from dementia – an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 800-807.

Schmidt, B. (2004). *Burnout in der Pflege. Risikofaktoren – Hintergründe – Selbsteinschätzung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schröder, B. (1999). Vom Umgang mit Erschöpfung in der Pflege Dementer. *Pflege aktuell*, 11, 588-590.

Semmer, N. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse: Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz*. Weinheim: Beltz.

- SeneCuraInform. (2008). SeneCuraInform- Perspektiven für Pflege und Rehabilitation. *SeneCura Kliniken und Heimbetriebsges.m.b.H.*, 6 (16), 1-6.
- Sittner, E. (Hrsg.), (2005). *Demenz, eine Herausforderung für Pflege und Betreuung*. Wien: Facultas.
- Tölle, R. & Windgassen, K. (2003). *Psychiatrie*. (13.Aufl.). Berlin: Springer.
- Tyler, P.A. & Ellison, R.N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 469-476.
- Weber, B., Gschwandtl, A., Gschwandtl, P. & Ortner, K. (1994). Dekompensation des demenzkranken Menschen im Krankenhaus. Überlegungen und Strategien gegen ein oft tödliches Informationsproblem. *Lazarus*, 10, 12-13.
- Weis, S. & Weber, G. (Hrsg.), (1997). *Handbuch Morbus Alzheimer: Neurobiologie, Diagnostik und Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union (PVU).
- Widmer, M. (1989). Streß, Streßbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal: Ergebnisse und Folgerungen einer repräsentativen Untersuchung in der deutschen Schweiz. *Pflege*, 2, 136-142.
- Winwood, P.C. & Lushington, K. (2006). Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress outcomes within a large sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 679-689.
- Wojnar, J. (2001). Versorgungsrealität: Qualitätsanforderungen und Umsetzungsprobleme. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter (Dokumentation eines Workshops)*, 2001 (S. 41-57), Stuttgart: Kohlhammer. [Online]. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/.../PRM-24423-SR-Band-207.2,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf. [10.11.2008].

Wojnar, J. (2007). *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz Network.

Wojnar, J. (n.d.). *Die Welt Demenzkranker*. [Online]. Verfügbar unter: [www.demensch.de/files/welt demenzkrankerjanwojnar 1.pdf](http://www.demensch.de/files/welt_demenzkrankerjanwojnar_1.pdf). [10.11.2008].

Zimmermann, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E. & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia. *The Gerontologist*, 45, 96-105.

15 Anhang

Anhang A Untersuchungsinstrument - Fragebogen

Liebe/r TeilnehmerIn!

.....

Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unseren Fragebogen im Rahmen unserer Diplomarbeit auszufüllen.

Dieser Fragebogen richtet sich vor allem an Pflegepersonen, die schon Erfahrung mit Demenzpatienten sammeln konnten. Falls dies nicht auf Sie zutrifft, würden wir Sie bitten, den Fragebogen nicht auszufüllen.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird etwa 30 Minuten in Anspruch nehmen. Bitte beantworten Sie die Fragen der Reihe nach. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, entscheidend sind lediglich Ihre Meinungen und Einstellungen zu dem vorgegebenen Thema. Lassen Sie sich bitte bei der Beantwortung der Fragen Zeit und versuchen Sie, so ehrlich und spontan wie möglich zu antworten.

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke im Zusammenhang mit unserer Diplomarbeit verwendet.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen in das beiliegende Kuvert und werfen Sie dieses in die dafür vorhergesehene Box, auf welcher Sie auch das Datum für das Ende der Datenerhebung finden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Birgit O Sheedy & Maria Hrnčir

1. Zu Beginn der Befragung möchten wir Sie um einige persönliche Daten bitten. Bitte kreuzen Sie an, welche Aussage auf Sie zutrifft, beziehungsweise ergänzen Sie bitte die Formulierungen.

Sollten Sie aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten den Text nicht verstehen, würden wir Sie bitten, den Fragebogen nicht auszufüllen.

Alter:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Arbeitsplatz: ☐ Krankenhaus
Schwerpunkt der Station:

☐ Pflegeheim
a) ☐ Langzeitpflegestation
b) ☐ Demenzstation

Ausbildung: ☐ Diplomierte Pflegeperson ☐ Pflegehelfer

Form der Pflege: ☐ Gruppenpflege
 ☐ Bezugspflege
 ☐ Haupt-Beidienst

2. Bitte geben Sie an, wie lange Sie schon in diesem Stationsbereich arbeiten:

.....

3. Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie Ihre Ausbildung abgeschlossen haben:

.....

4. Bitte nennen Sie Fort- und Weiterbildungen im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen, die Sie besucht haben. Geben Sie bitte den Namen, die Länge und den Schwerpunkt der Fortbildung an:

.....
.....
.....
.....
.....

5. Bitte geben Sie an, wie Sie sich im Allgemeinen in Ihrem Arbeitsumfeld fühlen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	Gut	Schlecht	Sehr schlecht

Vielen herzlichen Dank, dass Sie Ihre persönlichen Daten angegeben haben!

6. Bitte kreuzen Sie nun an, wie gut Sie das Pflegeleitbild Ihrer Arbeitsstelle kennen. (Sollte es auf Ihrer Station kein Pflegeleitbild geben, fahren Sie bitte mit Frage 8 fort.)

<input type="radio"/> Sehr gut	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Schlecht	<input type="radio"/> Gar nicht
--------------------------------	---------------------------	--------------------------------	---------------------------------

7. Inwieweit entsprechen die Inhalte des Pflegeleitbildes Ihres Arbeitsplatzes Ihren eigenen Vorstellungen?

<input type="radio"/> Sehr gut	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Schlecht	<input type="radio"/> Gar nicht
--------------------------------	---------------------------	--------------------------------	---------------------------------

8. Wir würden Sie nun bitten, sich folgendes Fallbeispiel aufmerksam durchzulesen:

Frau A. wurde vor zehn Tagen auf Ihrer Station mit der Diagnose Demenz aufgenommen. Ihre Orientierungsleistungen bezüglich Zeit, Ort und Situation sind stark beeinträchtigt. Beispielsweise hat sie gar kein Gefühl mehr für die Tages- bzw. Nachtzeit, sie findet ihr Zimmer nicht mehr und Frau A. verkennt die Station auf der sie sich aufhält (zum Beispiel glaubt sie, dass sie sich in einem Hotel befindet).

Ihr Verhalten ist geprägt durch häufig wiederholende unruhige Bewegungen, wie z.B. an ihrer Kleidung oder an anderen Objekten zupfen und nesteln. Manchmal sitzt sie mit aneinander reibenden Händen da. Zu anderen Zeiten schaukelt sie ihren Oberkörper monoton vor sich hin oder sie schlägt ihre Hand rhythmisch auf den Tisch bzw. auf ihre Sessellehne.

Trotz einer starken Sturzgefahr ist Frau A. noch relativ mobil. Oft verlässt sie ihr Zimmer und geht am Gang ziellos auf und ab.

Frau A. redet nicht viel, und wenn sie ein paar Worte von sich gibt, sind diese meist sehr schwer verständlich.

Es kommt auch manchmal vor, dass Frau A. ihren Besuch nicht wiedererkennt, und beispielsweise ihre Tochter mit dem Namen ihrer eigenen Mutter anspricht.

Bei den Alltagsaktivitäten braucht Frau A. Unterstützung. Sie ist harn- und stuhlinkontinent, braucht Hilfe bei der Körperpflege, beim Anziehen und beim Vorbereiten des Essens.

9. Stellen Sie sich jetzt bitte vor, Sie sind einen Tag lang für Frau A. zuständig. Bitte überlegen Sie, wie viel Zeit (in Minuten) Sie für folgende Aktivitäten über den Tag verteilt für Frau A. aufbringen würden. Geben Sie bitte, in der ersten Spalte der Tabelle den Ist-Zustand an, sozusagen wie sich der reale Arbeitsaufwand für Frau A. bei Ihnen auf der Station gestalten würde, und in der zweiten Spalte, wie viel der optimale Zeitaufwand für Frau A. betragen würde.

	Ist-Zustand	Optimalzustand
Körperpflege	_____ Minuten	_____ Minuten
Essen	_____ Minuten	_____ Minuten
Ausscheidungen	_____ Minuten	_____ Minuten
Mobilisation (z.B. gemeinsamer Spaziergang)	_____ Minuten	_____ Minuten
Aktivierung (z.B. Singen, Fotos anschauen, Gruppensitzungen...)	_____ Minuten	_____ Minuten
Kommunikation (Gespräch, Zuwendung)	_____ Minuten	_____ Minuten

10. Die „Autonomie des Patienten“ in der Pflege ist gerade auch im Bereich der Demenz ein viel diskutiertes Thema. Im folgenden Abschnitt sind vier mögliche Teilaspekte von Autonomie anhand praktischer Beispiele aufgelistet. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie die Berücksichtigung des jeweiligen Aspektes als wichtig erachten und inwieweit Sie diese Aspekte in der täglichen Pflege berücksichtigen können. Denken Sie dabei wieder an das Fallbeispiel der an Demenz erkrankten Frau A.

1. Autonomie bedeutet, dass die Patientin selbst entscheiden kann, was sie isst und wann sie die Mahlzeiten einnimmt.

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu

Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ...

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht

... berücksichtigt werden.

2. Autonomie bedeutet, dass die Patientin im Bereich ihrer erhaltenen Fähigkeiten möglichst viel selber machen kann (zum Beispiel sich selbst das Gesicht und die Hände waschen).

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu

Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ...

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht

... berücksichtigt werden.

3. Autonomie bedeutet, dass die Patientin Einfluss auf ihren Tagesablauf hat und mitbestimmen kann, wann sie Körperpflege durchführen oder spazieren gehen möchte.

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu

Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ...

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht

... berücksichtigt werden.

4. Autonomie bedeutet, dass die Patientin ohne das Beisein anderer Patienten ihre Ausscheidungen verrichten kann bzw. ihre Inkontinenzeinlagen erneuert bekommt.

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu

Dieser Aspekt kann im Pflegealltag auf meiner Station ...

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht

... berücksichtigt werden.

11. Bitte kreuzen Sie jetzt an, welche Faktoren bei der Verbesserung der Pflege bzw. bei der Förderung der Autonomie des Patienten ausschlaggebend wären. (Sie können einen oder mehrere Gründe ankreuzen.)

- ☐ Rahmenbedingungen auf der Station (z.B. Tagesablauf, räumliche Gegebenheiten)
- ☐ Zur Verfügung stehendes Personal
- ☐ Erfahrung bzw. Routine im Umgang mit an Demenz Erkrankten
- ☐ Andere Gründe

12. Im folgenden Abschnitt finden Sie verschiedene Statements über Frau A. Wir würden Sie bitten, eine der zwei vorgegebenen Alternativen anzukreuzen, welche Ihrer Meinung nach am besten zutrifft.

<input type="radio"/>	1. Für Frau A. ist die jetzige Realitätswahrnehmung wichtig. Deshalb sollte sie zu Zeit, Ort und Situation orientiert sein.
<input type="radio"/>	Für Frau A. ist die jetzige Realitätswahrnehmung nicht mehr so wichtig.

<input type="radio"/>	2. Frau A. sollte die Freiheit haben, sich so auszudrücken wie Sie es wünscht. Obwohl das vielleicht für einen Außenstehenden nicht sinnvoll erscheinen mag.
<input type="radio"/>	Frau A. sollte korrigiert werden, wenn Ihr Verhalten und Ausdrucksweise keinen Sinn ergibt.

<input type="radio"/>	3. Für Frau A. spielt die Uhrzeit keine große Rolle mehr. Für sie zählen die Erfahrungen der Vergangenheit.
<input type="radio"/>	Für Frau A. ist die Uhrzeit wichtig. Deshalb sollte sie auch über die Uhrzeiten Bescheid wissen.

<input type="radio"/>	4. Für Frau A. ist es von Bedeutung, Bezug zu ihrer Vergangenheit zu haben, und gegebenenfalls auch Dinge aufzuarbeiten.
<input type="radio"/>	Für Frau A. ist die Gegenwart von Wichtigkeit. Sie sollte im Hier und Jetzt sein und sich mit anstehenden Dingen beschäftigen.

<input type="radio"/>	5. Durch die regelmäßige Orientierung von Frau A., wie beispielsweise „Es ist jetzt 8.00 Uhr in der Früh und es ist jetzt Zeit für ihr Frühstück.“, ist es möglich, sie zurück in die Realität zu bringen.
<input type="radio"/>	Wiederholte Realitätsorientierung zum täglichen Geschehen könnte die Lebenssituation von Frau A. verschlechtern.

<input type="radio"/>	6. Wenn Frau A. eine Frage zur Gegenwart falsch beantwortet, ist es wichtig, ihr die richtige Antwort auf eine natürliche Art und Weise zu erklären.
<input type="radio"/>	Wenn Frau A. eine Frage zur Gegenwart falsch beantwortet, ist es nicht wichtig, sie zu korrigieren oder ihr die richtige Antwort zu erklären.

<input type="radio"/>	7. Ich sollte das inkorrekte Verhalten von Frau A. korrigieren und ihr sagen, was sie zu tun hat.
<input type="radio"/>	Ich sollte das gezeigte Verhalten von Frau A. akzeptieren.

<input type="radio"/>	8. Ich glaube, dass die Verwirrung von Frau A. für sie selber bedeutungslos ist.
<input type="radio"/>	Ich glaube, dass die Verwirrung von Frau A. für sie selber eine Bedeutung hat.

<input type="radio"/>	9. Frau A. sollte anhand ihrer Vergangenheit stimuliert werden, um eine Verschlechterung ihres Zustandes zu verhindern.
<input type="radio"/>	Frau A. sollte anhand der Gegenwart stimuliert werden, um eine Verschlechterung ihres Zustandes zu verhindern.

<input type="radio"/>	10. Der Beweggrund für die Kommunikation mit Frau A. ist die Verbesserung ihrer Lebenssituation in der Gegenwart.
<input type="radio"/>	Der Beweggrund für die Kommunikation mit Frau A. ist die Stimulation ihrer Gefühle, die sie mit der Vergangenheit verbindet.

<input type="radio"/>	11. Wenn es Frau A. gestattet ist in der Vergangenheit zu leben, wird sie mehr Möglichkeiten haben, ihre Identität aufrecht zu erhalten.
<input type="radio"/>	Wenn man Frau A. in die Gegenwart führt, wird sie mehr Möglichkeiten haben, ihre Identität aufrecht zu erhalten.

<input type="radio"/>	12. Die Bedürfnisse von Frau A. können am besten erfüllt werden, wenn man ihr es erlaubt, in ihrer eigenen Welt zu leben. Als Pflegeperson muss ich dies in meiner Kommunikation beachten.
<input type="radio"/>	Die Bedürfnisse von Frau A. können am besten im Rahmen der Gegenwart erfüllt werden. Als Pflegeperson stelle ich während meiner Kommunikation immer wieder Verbindung zur Gegenwart her.

13. Im folgenden Teil des Fragebogens sind Eigenschaften und Verhaltensweisen aufgelistet, die bei an Demenz erkrankten Personen möglicherweise auftreten. Bitte geben Sie in der ersten Spalte an, ob und wie sehr Sie zustimmen, dass an Demenz erkrankte Personen diese Eigenschaften und Verhaltensweisen haben. Falls es Ihnen schwer fällt, eine so verallgemeinernde Aussage zu treffen, denken Sie an Ihre bisherigen Erlebnisse mit dementen Patienten und kreuzen Sie das Statement an, das am ehesten Ihren Erfahrungen entspricht. In der zweiten Spalte geben Sie bitte an, wie leicht oder wie schwer Sie mit einer solchen Eigenschaft/ einem solchen Verhalten umgehen können.

In der täglichen Pflege, Menschen mit Demenz ...	Ich...	Der Umgang damit fällt mir...
--	--------	-------------------------------

1. scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
---	---------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

2. sind ängstlich.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
3. sind unberechenbar.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
4. tun Dinge oft aus einem Grund heraus.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
5. sind ruhig	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
6. sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
7. sind egoistisch.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
8. stellen eine dankbare Arbeit dar.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
9. sind dankbar.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
10. sind paranoid.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
11. suchen oft Aufmerksamkeit.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer

12. sind manipulierend.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
13. sind undankbar.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
14. sind verängstigt, verletzlich.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
15. sind einsam.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
16. müssen sich in erster Linie auf sich selbst konzentrieren, um zu Recht zu kommen.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
17. sind oft absichtlich schwierig.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
18. versuchen ihre Unabhängigkeit zu behalten.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
19. wissen was sie wollen und treten für sich selbst ein.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
20. scheinen eine normale Spannbreite von Emotionen zu erleben.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer

21. sind freundlich.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
22. brauchen jemanden die ganze Zeit in der Nähe, sind fordernd.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
23. haben ein leeres Leben.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
24. sind stur und eigensinnig.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
25. sind aggressiv und feindlich.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
26. haben ein sinnvolles Leben.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
27. sind umgänglich und kooperativ.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer
28. geben keine Jobzufriedenheit.	<input type="radio"/> stimme zu	<input type="radio"/> stimme eher zu	<input type="radio"/> stimme eher nicht zu	<input type="radio"/> stimme nicht zu	<input type="radio"/> sehr leicht	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> schwer	<input type="radio"/> sehr schwer

14. Bitte schreiben Sie in ein paar Schlagworten nieder, was Ihnen helfen würde, die Pflegequalität im Umgang mit Demenzpatienten zu verbessern.

.....

.....

.....

15. Zudem würden wir Sie gerne fragen, ob Sie generell Interesse an Fortbildungen zum Thema Betreuung von Demenzpatienten haben. Wenn ja, welche Schwerpunkte würden Sie interessieren und welche Rahmenbedingungen würden Sie benötigen, um die Fortbildung zu besuchen?

Haben Sie Interesse an Fortbildungen?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn ja, welche Schwerpunkte würden Sie interessieren?

- ☐ Kommunikation mit Demenzpatienten
- ☐ Ethische Richtlinien im Umgang mit Demenzpatienten (z.B. Förderung der Autonomie, gesetzliche Grundlagen)
- ☐ Medizinische Fachkurse über die Demenzerkrankung (z.B. Vermittlung der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse)
- ☐ Angehörigenbetreuung
- ☐ Sonstiges:

Welche Rahmenbedingungen würden Sie benötigen, um diese Fortbildungen zu besuchen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GESCHAFFT!
HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!!!

FRAGEBOGEN Thema „Umgang mit Demenzkranken“

Liebe/r TeilnehmerIn! Liebe Pflegeperson!

Im Rahmen unserer Diplomarbeiten für das Psychologiestudium an der Universität Wien beschäftigen wir uns mit dem Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten.

Wesentlicher Bestandteil unserer Arbeiten ist das Erfassen Ihrer Einstellungen und Empfindungen zu diesem Thema.

Zu diesem Zweck haben wir einen Fragebogen erstellt, den wir Sie bitten würden auszufüllen. Die Bearbeitung wird Sie ungefähr 20 bis 30 Minuten in Anspruch nehmen. Aufgrund dieses größeren Aufwands geben wir Ihnen gerne zwei Wochen Zeit, damit Sie in Ruhe alle Fragen beantworten können.

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und Ihre Angaben werden anonym und vertraulich behandelt.

Bitte helfen Sie mit, diesen wichtigen, aufgrund der ständig wachsenden Anzahl demenzkranker Patienten so aktuellen, aber leider bislang noch viel zu wenig beachteten Bereich der Pflege weiter zu erforschen!

Bei auftretenden Unklarheiten sowie für Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Stationsleitung!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Birgit O'Sheedy & Maria Hrnčir

Anhang C Deskriptivstatistik – Items der MNCAS

Deskriptivstatistik Einstellung zu und Belastung durch demenzspezifisches Verhalten (Items der MNCAS)

		Akutspital						Demenzstation					
		N	M	MD	SD	MIN	MAX	N	M	MD	SD	MIN	MAX
1. scheinen sich oft komplett planlos zu verhalten ^R	Einstellung	96	2.94	3.00	0.81	1	4	66	3.09	3.00	1.06	1	4
	Belastung	78	2.50	2.50	0.55	1	4	50	1.98	2.00	0.62	2	4
2. sind ängstlich ^R	Einstellung	96	3.05	3.00	0.80	1	4	67	3.22	3.00	0.90	1	4
	Belastung	79	2.25	2.00	0.52	2	4	45	2.13	2.00	0.59	2	4
3. sind unberechenbar ^R	Einstellung	97	2.94	3.00	0.75	1	4	67	3.27	4.00	0.98	1	4
	Belastung	77	2.68	3.00	0.60	1	4	47	2.38	2.00	0.80	1	4
4. tun Dinge oft aus einem Grund heraus	Einstellung	95	2.04	2.00	0.85	1	4	68	1.51	1.00	0.70	1	4
	Belastung	76	2.29	2.00	0.59	1	3	45	2.16	2.00	0.67	1	4
5. sind ruhig	Einstellung	93	2.89	3.00	0.80	1	4	65	2.66	3.00	1.09	1	4
	Belastung	72	2.28	2.00	0.68	1	4	45	1.98	2.00	0.84	1	4
6. sind apathisch, scheinen eingeschränkte Emotionen zu haben ^R	Einstellung	93	2.44	2.00	0.79	1	4	65	2.46	3.00	1.19	1	4
	Belastung	70	2.40	2.00	0.62	2	4	45	2.42	2.00	0.72	1	4
7. sind egoistisch ^R	Einstellung	95	2.16	2.00	0.90	1	4	69	2.32	2.00	1.21	1	4
	Belastung	68	2.34	2.00	0.68	2	4	45	2.27	2.00	0.75	1	4
8. stellen eine dankbare Arbeit dar	Einstellung	90	2.78	3.00	0.85	1	4	59	2.25	2.00	1.03	1	4
	Belastung	71	2.51	3.00	0.75	1	4	43	2.05	2.00	0.75	1	4
9. sind dankbar	Einstellung	94	2.26	2.00	0.82	1	4	66	1.97	2.00	0.96	1	4
	Belastung	74	2.11	2.00	0.73	1	4	46	1.67	2.00	0.70	1	4

10. sind paranoid ^R	Einstellung	93	2.05	2.00	0.84	1	4	64	2.47	2.50	0.98	1	4
	Belastung	72	2.60	3.00	0.71	1	4	42	2.45	2.00	0.83	1	4
11. suchen oft Aufmerksamkeit ^R	Einstellung	97	2.76	3.00	0.81	1	4	69	3.70	4.00	0.60	2	4
	Belastung	74	2.20	2.00	0.64	2	4	47	1.83	2.00	0.89	1	4
12. sind manipulierend ^R	Einstellung	92	1.78	2.00	0.64	1	4	67	2.28	2.00	1.06	1	4
	Belastung	68	2.28	2.00	0.69	1	4	44	2.09	2.00	0.60	2	4
13. sind undankbar ^R	Einstellung	93	1.78	2.00	0.76	1	4	67	1.96	2.00	0.96	1	4
	Belastung	69	2.30	2.00	0.73	1	4	44	2.05	2.00	0.81	1	4
14. sind verängstigt, verletzlich ^R	Einstellung	91	3.04	3.00	0.80	1	4	67	3.42	4.00	0.76	1	4
	Belastung	75	2.43	2.00	0.57	2	4	47	2.17	2.00	0,67	1	4
15. sind einsam ^R	Einstellung	95	3.19	3.00	0.79	1	4	67	3.40	3.00	0.65	2	4
	Belastung	72	2.46	2.00	0.65	1	4	49	2.24	2.00	0.88	1	4
16. müssen sich in erster Linie auf sich selbst konzentrieren, um zurecht zu kommen ^R	Einstellung	94	2.93	3.00	0.69	1	4	68	2.94	3.00	0.99	1	4
	Belastung	70	2.34	2.00	0.63	1	4	45	2.09	2.00	0.85	1	4
17. sind oft absichtlich schwierig ^R	Einstellung	96	1.49	1.00	0.74	1	4	66	1.67	1.00	1.01	1	4
	Belastung	71	2.44	3.00	0.75	1	4	47	2.53	3.00	0.69	1	4
18. versuchen ihre Unabhängigkeit zu behalten	Einstellung	94	2.26	2.00	0.70	1	4	67	1.72	2.00	0.87	1	4
	Belastung	75	2.39	2.00	0.54	1	3	46	2.35	2.00	0.74	1	4
19. wissen was sie wollen und treten für sich selbst ein	Einstellung	93	2.97	3.00	0.80	1	4	66	2.76	3.00	1.02	1	4
	Belastung	73	2.49	3.00	0.63	1	4	43	2.35	2.00	0.81	1	4
20. scheinen eine normale Spannbreite von Emotionen zu erleben	Einstellung	97	2.70	3.00	0.86	1	4	62	2.50	2.00	1.00	1	4
	Belastung	71	2.44	2.00	0.63	1	4	45	2.57	3.00	0.79	1	4
21. sind freundlich	Einstellung	92	2.28	2.00	0.58	1	4	67	2.13	2.00	0.74	1	4
	Belastung	72	2.08	2.00	0.60	1	3	47	1.81	2.00	0.65	1	3
22. brauchen jemanden die ganze Zeit in der Nähe, sind fordernd ^R	Einstellung	94	2.73	3.00	0.71	1	4	66	3.26	3.00	0.88	1	4
	Belastung	71	2.65	3.00	0.64	1	4	47	2.45	2.00	0.83	1	4

23. haben ein leeres Leben ^R	Einstellung	93	2.15	2.00	0.88	1	4	68	1.90	2.00	0.96	1	4
	Belastung	63	2.41	2.00	0.59	1	4	44	2.41	2.00	0.62	1	4
24. sind stur und eigensinnig ^R	Einstellung	90	2.50	3.00	0.75	1	4	68	2.59	3.00	0.95	1	4
	Belastung	71	2.55	3.00	0.65	1	4	43	2.59	3.00	0.75	1	4
25. sind aggressiv und feindlich ^R	Einstellung	88	2.19	2.00	0.76	1	4	65	2.51	2.00	1.02	1	4
	Belastung	68	2.69	3.00	0.70	1	4	48	2.71	3.00	0.74	1	4
26. haben ein sinnvolles Leben	Einstellung	88	2.55	2.50	0.79	1	4	64	2.52	2.00	1.01	1	4
	Belastung	66	2.33	2.00	0.69	1	4	45	2.44	2.00	0.97	1	4
27. sind umgänglich und kooperativ	Einstellung	90	2.88	3.00	0.62	2	4	64	2.58	2.50	0.92	1	4
	Belastung	69	2.52	3.00	0.63	1	4	48	2.00	2.00	0.77	1	4
28. geben keine Jobzufriedenheit ^R	Einstellung	93	2.26	2.00	0.87	1	4	65	1.91	1.00	1.10	1	4
	Belastung	63	2.59	3.00	0.71	1	4	36	2.33	2.00	0.89	1	4

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse anhand von Stichprobengröße (N), Mittelwert (M), Median (MD), Standardabweichung (SD), Minimum (MIN) und Maximum (MAX).

^R kennzeichnet die Items, die in der Einstellungsskala recodiert wurden.

Die jeweils drei niedrigsten und höchsten Mittelwerte zu Einstellung und Belastung wurden in beiden Stichproben **fett** herausgehoben.

LEBENS LAUF

Maria Hrnrcir

Email: hr_maria@hotmail.com

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Maria Hrnrcir
Geboren am	26.07.1979 in Wien
Familienstand	Unverheiratet
Staatsbürgerschaft	Österreich

AUSBILDUNG

Seit Oktober 2000	Studium der Psychologie an der Universität Wien
1997 – 2000	Krankenpflegeschule am Rudolfinerhaus, 1190 Wien
1989 – 1997	Bundesgymnasium Klostergasse, 1180 Wien
1985 – 1989	Volksschule Knollgasse, 1170 Wien

BERUFLICHE TÄTIGKEIT

Seit Oktober 2000	Tätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester auf der Station Wilczek Parterre im Rudolfinerhaus (Bereich Interne und Chirurgie, mit Orthopädie-schwerpunkt)
Seit 2005	Mitarbeit im Pflegearbeitskreis im Rudolfinerhaus

ABSOLVIERTE FORTBILDUNGEN

IM BEREICH GERONTOLOGIE

November 2004	„Der verwirrte Patient“
Februar 2005	„Rehabilitation neurologischer Erkrankungen“
August 2005	„Funktionelle Neuroanatomie“
November 2005	Forum Geriatricum
Dezember 2005	„Affektive Erkrankungen“
September 2008	„Die Eden-Alternative“
Oktober 2008	„Lebensqualität bei Demenz“

BESUCHTE SEMINARE UND KONGRESSE

November 2003	Einführungsseminar Validation
November 2003	Seminar zur Sterbebegleitung
September 2006	Teilnahme am Internationalen Kongress für Interdisziplinäre Gerontologie
Oktober 2006	Teilnahme am 22. Alzheimer Kongress (ADI, Berlin)
November 2007	Teilnahme am Pflegekongress (Wien)

PRAKTIKUM

August 2005 – Februar 2006	Praktikum für das Psychologiestudium in der Psychologischen Ambulanz des Geriatriezentrums am Wienerwald
----------------------------	--

ORIGINALITÄTSERKLÄRUNG

Ich, Maria Hrnčir, versichere,

1. dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
2. dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass dieses Exemplar mit der beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, am 5. Mai 2009

Unterschrift